

Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Trabajo Social

Acuerdos Implícitos

Trabajo invisible de mujeres cuidadoras

PROFESORAS:

Andrada, Ana

Bermúdez, Sabrina

Crosetto, Rossana

AUTORAS:

Argañarás Módigo, Ariana Andrea

Francés, Ivana Cecilia

AÑO: 2017

Agradecimientos

A Dios por sobre todas las cosas.

A nuestros familiares y amigos que nos acompañaron siempre.

A nuestros profesores que en el transcurso de la carrera

nos guiaron para concretar este sueño

Ariana y Cecilia

Índice

Agradecimientos

Introducción.....	4
<u>Capítulo 1: Aproximaciones al campo de intervención.....</u>	6
1.1 Reseña del contexto histórico argentino en salud.....	6
1.2 Resistencia a la desigualdad.....	15
1.3 Distintas formas de pensar la salud: Paradigmas	19
<u>Capítulo 2: Familiarización del cuidado.....</u>	22
2.1 Espacio social familiar.....	22
2. 1.1 Organización de la vida cotidiana en unidades domésticas.....	23
2. 1.2 Relaciones de poder	24
2.2 La tarea del cuidado: cuestión de género.....	25
2.3 Enfermedades crónicas.....	28
<u>Capítulo 3: Acuerdos implícitos.....</u>	32
3.1 Adultos con derechos.....	32
3.2 Ni pasivos, ni demandantes.....	38
3.3 Trabajo invisible en Córdoba.....	40
<u>Capítulo 4: Génesis de temática en el Centro de Prácticas.....</u>	43
4.1 Hospital Córdoba.....	43
4.2 De un no-lugar a un lugar	45
4.3 Instituto Médico de Alta Complejidad (IMAC)	48
4.4 Politización del cuidado.....	48
4.5 Modos de hacer y ver	55
4.6 Niveles de abordaje.....	62
4.7 Difusión de la Ley 26.928	68

4.8 Grupo de apoyo para cuidadores/as	76
4.9 Cierre y evaluación	95
Conclusiones.....	98
Referencias bibliográficas.....	100
Anexo.....	107

CD

Introducción

Nuestro proceso de tesis se desarrolló a lo largo de un año (2015-2016) cuyo escenario fue el Hospital Córdoba desde la División de Trabajo Social, en el marco de las prácticas pre-profesionales correspondientes al quinto año de la Carrera Licenciatura en Trabajo Social.

En el presente trabajo exponemos lo abordado durante ese tiempo, por medio de 4 (cuatro) capítulos, cada uno de ellos expresa aspectos atinentes al proceso de intervención con sus logros, avances, dificultades y aprendizajes.

Lo redactado se divide en dos partes con la intención de exponer de lo general a lo particular. En la primera parte intentamos partir de un análisis teórico que remita a las categorías y posicionamientos que sostuvimos para lograr en la segunda parte exponer nuestra práctica en terreno.

Procuramos lograr que el lector logre vivenciar nuestra experiencia al leer cada página, para de esta forma poder compartir los aprendizajes adquiridos. Por ende, presentamos un trabajo analítico de cada aspecto planteado.

El primer capítulo nos permitió situarnos en el área de intervención desde el que trabajamos realizando un análisis de los cambios que experimento el campo de salud en cada modelo de Estado que atravesó nuestro país haciendo hincapié en el sub campo de salud pública en la provincia de Córdoba.

Comprendemos que las condiciones de vida influyen en la salud de las personas por lo que es sumamente importante e incuestionable ver a la salud como un derecho. Por lo tanto, el propósito de este capítulo fue identificar la importancia de la presencia de políticas públicas en general y políticas sociales en particular como respuesta a la cuestión social.

Desde el sentido común es normal escuchar que la familia es el lugar de la armonía y el consenso, pero todos sabemos que esto no es así, no por ser pesimistas y otorgar una connotación negativa a los grupos familiares, sino porque aceptar este argumento implicaría ignorar que dentro de este espacio social existen relaciones de poder que provocan que ciertas representaciones prevalezcan sobre otras.

Cuando hablamos de representaciones hacemos hincapié en las necesidades de cuidado que tienen las personas con Insuficiencia Renal Crónica, afirmamos que el

cuidado es una necesidad, pero desde un principio nos realizamos la pregunta ¿Es considerado como tal por los miembros de las familias-unidades domésticas? A lo largo de la redacción tratamos de responder este cuestionamiento lo que nos permitió delimitar la problemática.

Estas relaciones de poder generan desigualdades en los espacios familiares al recaer la mayoría de las responsabilidades domésticas y de cuidado en un solo miembro de la familia-UD.

En el segundo capítulo, se podrá leer como el rol de cuidadores/as es asumido en mayor porcentaje por las mujeres que realizan cotidianamente un trabajo que no es considerado como tal ya que es desvalorado e invisible. Es fundamental saber con quienes trabajamos.

En el tercer capítulo se podrá detectar una descripción y posterior análisis de la importancia que genera la manera de nominar a los sujetos y como direcciona la intervención.

Nuestra caracterización de sujetos se divide en dos, por un lado, en relación a las personas adultas que acceden al tratamiento de hemodiálisis y por otro nos referimos al nivel de abordaje haciendo hincapié en los cuidadores/as.

Por último, en el cuarto capítulo caracterizamos la organización en la que se desarrolló nuestra práctica en general y el espacio específico en donde nos insertamos en particular para posteriormente exponer nuestro diagnóstico.

Delimitamos el objeto de intervención tan importante en Trabajo Social ya que nos permitió construir nuestra estrategia la cual se desarrolló por medio de dos líneas de acción. Finalmente analizamos el impacto de éstas y si se logró el cumplimiento de los objetivos propuestos.

¡Buena lectura!

Capítulo 1

Aproximaciones al campo de intervención

Entendemos el campo de intervención de Trabajo Social desde los aportes de Aquín, N (1996) quien lo identifica como el espacio e intersección de tres esferas, estas son la reproducción cotidiana de la existencia, la distribución secundaria del ingreso y los sujetos con dificultades para la reproducción cotidiana. Nucci, N (2014) agrega a esto de que si consideramos la profesión como parte de los dispositivos diseñados por el Estado para atender los problemas derivados de un sistema social inequitativo y desigual, el análisis del campo de intervención profesional debe ser situado en el contexto del que forma parte (espacio y tiempo). Esto da lugar al reconocimiento de diferentes **ÁREAS DE INTERVENCIÓN**, las cuales se corresponden con los dispositivos institucionales organizados por el Estado para la atención de problemas que son objeto de atención estatal. Se trata de espacios institucionales de prestación de servicios referidos a tipos de necesidades y recursos ligados al ejercicio de derechos sociales de ciudadanía: salud, hábitat, trabajo, educación, a problemas sociales (violencia, consumo problemático, vulneración de derechos, etc.) o sujetos (niñez, juventud, tercera edad, familias, mujeres)

Nos parecen pertinentes los aportes de la autora para lograr situarnos dentro del campo de intervención de salud, específicamente en salud pública.

1.1 Reseña del contexto histórico argentino en salud

Hay autores que para explicar la salud utilizan el término sistema, tales como Ase, I y Burijovich, J (2003), pero Spinelli, H (2010) cuestiona la idea de sistema, para referirse a la salud y prefiere utilizar el término de campo porque sistema resulta un concepto funcionalista que expresa de modo simplificado un área demasiado compleja como es la salud. De esta forma el autor nos propone pensar el campo de la salud, como la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales.

Con ello, nos proporciona elementos útiles para el análisis del área elegida por medio de una comprensión que va más allá de pensar el sistema de salud, como aquel compuesto por tres subsistemas sino también pensar en las relaciones que se dan entre

los diferentes agentes que forman parte del campo, en donde se encuentran en juego distintos capitales, y son los distintos agentes quienes compiten por acumularlos, lo que provoca procesos de colaboración, acuerdos o confrontación. De allí que en el transcurso de nuestra producción, si bien algunos autores utilizan el término sistema, nosotras consideraremos la importancia de pensar al sistema de salud como campo de salud, utilizando dicho término:

Un campo es el producto de acciones de agentes individuales y/o colectivos dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, profesionales, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industria, lobbystas, agentes financieros, corporaciones, organizaciones de la sociedad civil, pacientes, etc.), donde cada "jugador" realiza su juego en función de incrementar y/o adquirir capitales. (Spinelli, H 2010:276)

Este campo de salud se ha desarrollado a lo largo del tiempo en nuestro país a partir de los diferentes modelos de Estado que expondremos a continuación, los cuales han impactado de diversas maneras en su conformación. Consideramos aclarar, que “(...) éstos procesos de transición gozan de un alto dinamismo y complejidad ya que están constituidos por las conductas de actores socio-políticos que implican una cantidad de preferencias, deseos y objetivos políticos simultáneos y diversos” (Ase, I y Buriyovich, J 2003: 3). Por ello, a continuación presentamos los distintos modelos presentes en la Argentina y la trayectoria del campo de salud, particularmente referenciando el caso de la Provincia de Córdoba.

Modelo Liberal

Inicialmente y siguiendo a Cetrángolo, O (2011) el modelo liberal, estuvo comprendido en los años 1800-1945 aproximadamente, donde la génesis y evolución de las instituciones de salud después de la colonización, giró alrededor de una institución especializada moderna para la época llamada Protomedicato. Carbonetti, A (2005) explica que el protomedicato estaba conformado por un médico o tribunal de médicos encargados de regular la práctica de la medicina de acuerdo a las leyes que establecía la monarquía. También tenía como función velar por la salud pública, además de dirigir y fiscalizar la enseñanza médica.

Las Sociedades de Beneficencia, fueron otras de las instituciones con fuerte injerencia en salud, quienes con impronta fuertemente conservadora, controlaban la infraestructura hospitalaria.

A partir de 1880, con la conformación de los Estados Nación, el Consejo de Higiene sustituye al Protomedicato, comenzando un lento e importante proceso de modernización del sector salud, estableciendo su conformación por tres profesores de medicina otorgando a la elite médica la conducción del mismo. Carbonetti, A (2004) revela que este hecho se puede considerar como el inicio del lento proceso de construcción del aparato sanitario de la Provincia de Córdoba.

Hacia fines del siglo XIX en la Provincia de Córdoba comenzaron a cambiar las modalidades de llevar a cabo la salud pública mediante la intervención de la Universidad Nacional de Córdoba. Si bien de esta forma Facultad, Hospital y Consejo de Higiene fueron los puntales del sistema sanitario cordobés y los sectores liberales como la elite médica dominaban la escena política en la década de 1880, no hubo un crecimiento evidente del aparato sanitario en la Provincia de Córdoba, ya que el desarrollo de instituciones de salud pública seguía dependiendo de las Asociaciones de Beneficencia y de la acción de los municipios, especialmente el de la capital de la Provincia.

El Estado liberal tenía la filosofía de controlar y regimentar los sistemas, pero no intervenir directamente en los problemas de salud, dejando las iniciativas y la gestión a entidades privadas, sean sociedades de beneficencia o instituciones privadas con fines de lucro.

En la segunda década del siglo XX comienzan a detectarse avances en relación a la intervención del Estado ante las diferentes enfermedades que tenían una fuerte connotación social. Con la gestión del gobernador Ramón J. Cárcano, entre los años 1913-1916, se llevó a cabo una política destinada a generar una mayor intervención, iniciándose así una nueva etapa en la política sanitaria del Estado cordobés.

Modelo de Bienestar

Posteriormente, entre los años 1940-1950 según Rodríguez, M (2013) la profesión médica adquirió un rol central en cuanto a la organización del campo de salud de acuerdo a la lógica corporativista.

En este período, se afianza el campo de la salud en el sector público estatal, considerándose el Estado:

(...) garante de la salud, y es quién a través de arreglos y acuerdos intercorporativos asegura el acceso de ésta a toda la población en tanto es considerada como un derecho con rango constitucional y por lo tanto reclamable por todos por el solo hecho de ser ciudadanos. El Estado aparecería como el más eficiente asignador social de los recursos necesarios para el logro del citado objetivo. (Ase, I y Burijovich, J 2003:5)

En esta línea, el criterio de expansión del sistema era a través del aumento del gasto de manera incremental, traduciéndose permanentemente en nuevos proyectos y servicios como la puesta en marcha del Primer Plan Quinquenal Nacional, en el que se reconocía el derecho a la salud como eje de las políticas destinadas al sector hospitalario.

Las transformaciones en el campo de la salud, se configuraron con una impronta fuertemente centralista, en la que las políticas tomadas principalmente eran de orden nacional o provincial, dejando al sector municipal un lugar marginal. Considerar la centralización, “(...) nos permite reconocer que existen problemáticas al nivel de la estructura institucional para producir políticas” (Rodríguez, M 2003: 296). Tal es el caso que se vivió, luego de la transformación de la División Nacional de la Salud Pública en Secretaria de Salud Pública, en que fue restablecida la autonomía a las provincias en materia de salud.

A partir de 1949 el estado de bienestar, adquiere características diferenciadas de sus primeros años que afectan al sector salud. En primer lugar, podemos mencionar que las instituciones hospitalarias se caracterizaron por una fuerte impronta burocrática funcionalista, basado en la división de roles y funciones. El médico en función de su saber especializado, es legitimado para defender los intereses de las personas y goza de la más absoluta autonomía para decidir sobre sus intervenciones. A partir de estos años, se produjeron amplias inauguraciones de infraestructura hospitalaria entre ellos, la fundación del Hospital Córdoba y la provincialización de nosocomios anteriormente dirigidos por las Sociedades de Beneficencia. Otro hecho de gran importancia fue la quita de personería jurídica a estas asociaciones de caridad.

En segundo lugar, con la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se impulsó a nivel normativo el rol que debían cumplir las provincias y conjuntamente, se generó la descentralización de la asistencia sanitaria, delegando a las provincias y municipios el control tanto de las estadísticas como la provisión de recursos en los servicios de salud. Siguiendo a Belmartino, S y Bloch, C (1980) con la puesta en marcha del Segundo Plan Quinquenal Nacional, se profundizó la fragmentación en cuanto a la coordinación entre los tres niveles de estado, nacional, provincial y municipal.

En tercer lugar, luego de la crisis de 1949 se vivía un contexto de retracción a nivel nacional, pero en el caso de la provincia de Córdoba el proceso experimentado fue de expansión, siendo favorecido por la estabilidad institucional luego de la asunción del gobernador San Martín, que le permitió proyectar un Plan de Obras Públicas, ocupando los problemas hospitalarios uno de sus principales ejes de atención.

Si bien el Estado debía garantizar un acceso universal a la salud, este principio se tornó nebuloso con la creación de las obras sociales y del sistema privado, que configuran un campo meritocrático, fragmentando distintos grupos sociales de acuerdo a la capacidad de pago de las prestaciones, relegando el ámbito público a los sectores más vulnerables.

El paradigma que guió este período fue sostenido de manera consensuada por amplios actores del campo de la salud y de la sociedad en general por más de cuarenta años, pero para Ase, I y Burijovich, J (2003) sufre un resquebrajamiento debido a la crisis fiscal del Estado Nacional y esto obliga la reducción del gasto público, considerando que los indicadores sanitarios hasta el momento, generaban altos niveles de insatisfacción en las personas.

Modelo Neoliberal

Situado entre los años 1970 a 2002, Cetrángolo, O (2011) refiere que en este período se consolida la cobertura de seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia. En el año 1970, mediante la Ley (18.610/1970) se hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. La organización sindical argentina responde a un modelo de gremio único por rama de

actividad, lo que significó, en la práctica, que la población trabajadora se convirtiera en cautiva de la obra social del gremio correspondiente.

Mediante la Ley (19.032/ 1971) se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, con el objetivo de brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad. Esta institución tuvo un importante desarrollo a lo largo del territorio de la Nación.

Por otra parte, en lo que respecta a la salud pública, la red de servicios estatales que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema, pasó a ser la única cobertura de una porción creciente de la población, que generalmente no poseían cobertura de seguridad social, pero a la vez, también brindó cobertura adicional a los asociados a otros esquemas y personas de ingresos altos, dando lugar a casos de múltiple cobertura, lo que provocó consecuencias negativas en materia de eficiencia.

Como consecuencia del achicamiento de presupuesto por parte del Estado al área de salud, el campo de salud argentino consolidó una organización que se identificaba por su excesiva fragmentación, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad.

En este contexto, en el año 1983 se aprobó la Ley de Diálisis (22.853/1983) que contiene las reglamentaciones correspondientes en torno al tratamiento tanto en el ámbito público como privado. Logró un importante avance en materia de salud, en relación a la Insuficiencia Renal Crónica, ya sea desde el tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis.

Vinculamos esta ley a un enfoque asistencialista ya que no comprende aspectos sociales de las personas como sujetos de derechos, sino que se reduce a lo meramente técnico en cuanto a la organización del tratamiento.

A la vez tanto en este período como en la actualidad, los centros de diálisis sean públicos o privados trabajan con un módulo de diálisis otorgado por entes privados, los cuales brindan los servicios de alimentación, el amueblamiento de los comedores, como así también los distintos elementos necesarios para el tratamiento de Hemodiálisis y Peritoneal. Es decir que por más que existan centros públicos de Diálisis, hay servicios que son terciarizados.¹

En la década de 1990 se realizaron reformas sectoriales nucleadas en una política económica ampliamente comercial caracterizada por la desregulación de algunos mercados y la privatización de empresas de servicios públicos.

¹ Información recuperada del Cuaderno de Campo.

Este período estuvo fuertemente influenciado por los organismos multilaterales de crédito, Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, los cuales según Ase, I y Buriyovich, J (2003) establecían condicionalidades en el financiamiento de las reformas del sector salud, tales como, las políticas de reconfiguración de la oferta, que implicaban desde el gerenciamiento del hospital público hasta el proceso de reforma de las obras sociales, los incentivos a la eficiencia de la gestión hospitalaria y el desencadenamiento de acciones de promoción, prevención y protección bajo criterios de focalización poblacional, entre otras.

Se debía favorecer la producción privada de los servicios de salud mediante estrategias tales como desregulación, privatización, descentralización, estímulo a la competencia². Desde esta lógica, la persona es el paciente consumidor, quien debe elegir racionalmente ante las distintas alternativas y las instituciones de salud debían adoptar criterios de administración en donde se privilegiaba la incorporación de tecnología en detrimento del trabajo clínico.

El modelo neoliberal cuestiona el derecho a la salud, estableciendo que los sujetos no deben ser pasivos ante el mismo, por el contrario, deben demostrar esfuerzos personales que les permita acceder a tal derecho, partiendo de la idea de que las sanas diferencias son necesarias en toda sociedad. El Estado era visto como el causante de la ineficiencia ya que sostenía la concepción de derechos sociales a todos por igual, lo que para este modelo desincentivaba el trabajo y estimulaba la mediocridad. La salud aparece como un servicio que se adquiere en el mercado según la capacidad económica de cada sujeto, y por ende, el Estado debía ocuparse de la salud de los más desprotegidos, es decir de aquellos que no podían acceder al mercado. Para llevar a cabo esta tarea, desarrollaba políticas focalizadas con clara delimitación de su población objetivo.

Para el análisis del caso de la provincia de Córdoba retomamos a Ase, I y Buriyovich, J (2003) quienes entre otros, realizan un análisis de dos gestiones que en nuestra provincia mostraron políticas desencadenadas desde esta lógica neoliberal, las

² En líneas generales, con el término desregulación nos referimos al achicamiento del Estado en materia de control y regulación del efecto causado por las intervenciones del mercado en el subcampo de las obras sociales, dejando en manos de las personas la libre elección de su obra social. Además, servicios que anteriormente estaban a cargo del Estado nacional o provincial, fueron transferidos a entes privados los cuales pasaron a tener el control de éstos aplicando normativas que principalmente estaban guiadas por la lógica de mercado en contraposición a los derechos de ciudadanía. Otra medida que implicó la reducción de las responsabilidades del Estado, fue la descentralización de funciones de un nivel de gobierno a otros niveles inferiores. En este contexto, se presionó a las provincias para que se hicieran cargo de funciones sin recibir recursos para llevarlas a cabo. En el campo de la salud, se estimuló a la competencia de obras sociales y empresas prepagas, para captar a usuarios/consumidores con capacidad de pago de acuerdo a las leyes de la oferta y la demanda. El subcampo público fue el receptor de aquellos que quedaban fuera de los otros sub campos, pero no como ciudadano sino como población objetivo de políticas focalizadas.

de Mestre y De la Sota, ya que produjeron un proceso de constante degradación del sub campo estatal en salud, desde acciones tales como la disminución y precarización de la planta de trabajadores, disminución de los presupuestos, deterioro de la infraestructura, fragmentación del campo de salud, entre otras.

Por otra parte, el subcampo privado de la salud estaba conformado por dos cámaras empresariales que para Acuña, C y Chudnovsky, M (2002) mostraron un notorio crecimiento en esta década: la cámara de instituciones Médico Asistencial de la República Argentina y la Asociación de entidades de Medicina Prepaga, bajo la denominación global de empresas de medicina prepaga que agrupa hasta la actualidad, un amplio y diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta distintos precios y servicios cubiertos de manera superior a lo que ofrecen las obras sociales.

Este crecimiento se debe, al establecimiento de contratos prestacionales con las obras sociales, lo que provoca situaciones en donde una misma obra social establece convenios con más de una empresa de Medicina Prepaga.

Podemos decir que la lógica competitiva facilitó el avance de este sub campo, lo que se manifiesta en la posibilidad de atraer una mayor cantidad de afiliados desde la diversificación de planes.

En el año 1993 se aprueba la Ley de Trasplante (24.193/1993) desde la cual se regula esta práctica en la República Argentina. Al igual que la Ley de Diálisis (22.853/1983), no expone aspectos desde una concepción de sujeto de derechos sino que expresa reglas relacionadas a criterios biológicos a tener en cuenta, como por ejemplo quienes pueden ser donantes, y criterios técnicos en relación a cómo se debe llevar a cabo el trasplante, pero no incluye aspectos sociales.

Estado post social

Los primeros años de este período estuvieron signados por los fuertes efectos de la crisis que afectaron principalmente a los sectores más vulnerables, “(...) las políticas surgidas luego de la crisis de 2001–2002 pueden identificarse como una nueva etapa. Los años que siguieron a la crisis fueron de emergencia sanitaria” (Centragólo, O 2011: 23). Se pusieron en marcha diversos programas para limitar su impacto garantizando el acceso de medicamentos y servicios. La Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico, el programa Remediar y el plan Nacer fueron iniciativas en materia

de políticas de salud que ampliaban la cobertura en un sistema altamente descentralizado.

Si bien desde el Consejo Federal de Salud, se impulsó que entre todos los niveles de gobierno se elaborara una estrategia en materia de salud que garantizara el derecho a ésta teniendo en cuenta las posibilidades de cada jurisdicción. Esta estrategia no tuvo los resultados esperados, visibilizando una vez más su fragmentación.

Entre los años 2002 y 2003, surgen experiencias de acción colectiva como los llamados cacerolazos, empresas recuperadas, asambleas barriales, en reclamo de las situaciones de pobreza, que llevaron a la creación de una política social (Plan Jefes y Jefas de Hogar) que le permitió al presidente Duhalde calmar el ambiente político.

El paradigma asociativo para los autores Ase, I y Buriyovich, J (2003) se debía fortalecer en lo público para aumentar los procesos de colectivización. En este sentido, Murillo, S (2008) analiza los conflictos sociales en América Latina, y expone que luego del crecimiento de protesta y el estallido social al comenzar el nuevo milenio, el Banco Mundial, reconoce el fracaso del modelo impulsado desde los años 1970, porque solo aplicaba las directivas económicas del Consenso de Washington sin tener presentes demás actores en la elaboración y puesta en marcha de políticas públicas a nivel mundial.

Luego de las crisis de los años 2000 a 2003, se implementa un nuevo pacto social llamado triángulo constituido por tres actores: la sociedad civil, Estados nacionales y organismos internacionales. Todos coordinados de modo explícito por el mercado. “Se propone dar la voz a quienes no tienen voz” (Murillo, S 2008:73) propiciando desde la escuela, el hospital, y la sociedad en su conjunto, la lógica controladora de la gestión estatal, expresando los problemas de las comunidades a los técnicos y directivos del Banco Mundial. Sin embargo, tal como lo expresa la autora, esta transformación no garantiza que se lleve a cabo un mundo a la medida de lo humano, porque las grietas del orden social siguen existiendo.

Desde el gobierno argentino, se delega al Ministerio de Salud de la Nación, la responsabilidad de orientar técnicamente al resto de las provincias marcando los lineamientos indicativos para que cada jurisdicción provincial, elabore políticas de salud y provean a la sociedad de los servicios públicos, que va a depender de la capacidad de producción y distribución de bienes y servicios de cada jurisdicción. Según Cetrángolo, O (2011) el Ministerio de Salud de la Nación no tiene a cargo instituciones

hospitalarias, salvo en algunas excepciones, y mediante la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) controla bromatológicamente alimentos, y lleva adelante tareas de investigación para la producción de algunas vacunas y sueros.

Los recursos que financian al campo de salud, teniendo en cuenta la universalidad de la cobertura, superaron el 10% del PIB en 2008. Una problemática que enfrenta ésta distribución presupuestaria tiene que ver con las inequidades entre los acuerdos de Nación y provincias, marcadas por fuertes procesos de descentralización, y fragmentación de derechos que impiden la construcción de un campo equitativo en materia de salud. Si bien existe la Superintendencia de Servicios de Salud, ésta no alcanza para regular a las obras sociales provinciales, al PAMI ni al sector privado. Mientras se siga reproduciendo una lógica de intervención de mercado, y esté ausente una visión integradora, no se lograrán avances significativos.

Pero, por otro lado en noviembre de 2015, dentro de este período de Estado post social, se aprueba a nivel nacional la Ley del Sistema de Protección Integral para personas trasplantadas (26.928/2015), cuyo objeto es crear un régimen de protección integral para las personas que hayan recibido un trasplante o se encuentren en lista de espera. Llegar a esta reglamentación implicó luchas y debates que a nivel nacional reconocieron un total de veinte artículos, pero en la provincia de Córdoba solo cuatro.

Ésta ley se rige desde una concepción de derechos, no solo tiene en cuenta los aspectos biológicos de esta práctica, sino que contempla al sujeto desde su integralidad, poseedor de derechos, reconoce la situación de trasplantado, de esta forma el sujeto se identifica como persona trasplantada o en proceso de trasplante y no como persona discapacitada.

1.2 Resistencia a la desigualdad

Se debe tener en cuenta la existencia de desigualdades, que Iamamoto, M (2003) las define como expresiones de la sociedad capitalista moderna, que posee como raíz común, el hecho de que la producción social es cada vez más colectiva, el trabajo se torna cada vez más social, mientras que la apropiación de sus frutos se mantiene privada, monopolizada por una parte de la sociedad. De esta forma el trabajo colectivo

se encuentra en contraste con la distribución desigual de la riqueza y ésta es la fundamental contradicción de la sociedad capitalista.

El Trabajador Social trabaja con la cuestión social en sus más variadas expresiones cotidianas, en donde los sujetos se resisten a las desigualdades y a ellas se oponen, de esta forma la desigualdad a la vez es rebeldía.

En esta tensión entre producción de la desigualdad y producción de la rebeldía y de la resistencia, trabajan los asistentes sociales situados en ese terreno movidos por intereses sociales distintos, de los cuales no es posible abstraerse ni huir, porque constituyen la vida en sociedad. (Iamamoto, M 2003: 42)

Este hecho, repercute fuertemente en la dinámica de la sociedad, ya que solo una porción acotada maneja recursos de poder teniendo mayor autonomía para desarrollarse ante situaciones de enfermedad; el resto tiene que recurrir a la lucha por el reconocimiento de sus derechos, según Repetto, F (2009) a la alianza, coaliciones políticas con otros actores y adquirir mayor peso e influir para que ciertos derechos se coloquen en agenda en donde se elabore una política que dé respuesta a esta cuestión.

No hay concepto de cuestión social sin Estado, según Grassi, E (2003) éste es el que hace posible que exista la cuestión social, y quien se responsabiliza de garantizar los derechos de la sociedad. La cuestión social se expresa en forma de problema social, los cuales se interpretan de distintas maneras, lo que provoca una lucha permanente por hegemonizar las interpretaciones. De esta forma los problemas sociales se van a constituir de una determinada manera, en relación a las luchas interpretativas, el Estado lleva a cabo distintas acciones en donde una de ellas son las políticas sociales.

Lo expuesto hasta aquí es sintetizado por Clemente, A (2004) explicando que existe una permanente relación entre la cuestión social y el ejercicio profesional de los Trabajadores Sociales. El Trabajo Social utiliza herramientas como las políticas públicas en general y las políticas sociales en particular, para cumplir con la función reguladora del Estado de bienestar. De esta forma, la configuración de la profesión adquiere su perfil en la brecha que existe entre la cuestión social y las respuestas estructuradas que brinda el Estado de bienestar para atender las necesidades sociales del conjunto de la sociedad.

Estas necesidades sociales son las que han ingresado a la agenda social mediante el reconocimiento institucional, técnico, político y determinan la labor profesional.

Siguiendo con lo planteado anteriormente, nos parece pertinente exponer el concepto de políticas sociales, quien Danani, C (2009) las define como:

(...) aquellas intervenciones sociales del Estado, que producen y moldean directamente las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales. Y en los términos en los que se viene conceptualizando este campo, desde la perspectiva de la distribución, objetivan esta acción en mecanismos que operan especialmente en la distribución secundaria del ingreso. (Danani, C 2009:32)

Pero estas intervenciones del Estado no necesariamente mejoran las condiciones de vida, es decir, Danani, C (2009) expresa que pueden hacerlo, pero ello no es un atributo de la política social en sí misma, sino de casos específicos, observables mediante distintos estudios. En Argentina particularmente, la política social ha tenido mutaciones desde su concepción, implementación que ha ido influyendo de distinta manera en la vida de la población.

Existen tipos diferenciados de consumos colectivos, que Jelin, E (1998) los clasifica en tres tipos. En primer lugar, los servicios públicos o colectivos ligados al mantenimiento cotidiano de la población, tales como el transporte, electricidad, gas, agua, drenaje, etc. Se encuentran tradicionalmente en manos del Estado, pero pueden estar a cargo de privados, con control estatal. En segundo lugar, existen los servicios sociales de bienestar, servicios de salud pública, educación, vivienda, etc., que están dirigidos a asegurar la igualdad de oportunidades de la población. En tercer lugar, se encuentra la parte de la política social de bienestar dirigida a responder las problemáticas de las personas que no son autosuficientes, es decir, aquellas cuyo ingreso monetario es inexistente o insuficiente para cubrir sus necesidades.

La responsabilidad de la provisión de diversos servicios es una dimensión definitoria de los modelos de Estado, Jelin, E (1998) expresa que varía según cada uno. El modelo liberal desde su planteo de un grado mínimo de presencia de servicios colectivos estatales da prioridad a la operación del mercado, por otro lado, en las otras variantes del Estado de bienestar las gamas de servicios definidos como obligación estatal es más amplia y finalmente los Estados socialistas han hecho de estos servicios la piedra angular de su gestión.

De allí la importancia de que la justificación de los servicios se basen en la ampliación de los derechos como extensión de la ciudadanía y como parte de políticas redistributivas desde el ideal de justicia social en contraposición de las políticas asistencialistas que por lo general se desencadenan sobre la imagen de beneficencia y caridad.

Es decir, la forma en que se proveen los servicios, varía de acuerdo al modelo de Estado vigente y como éste asume su responsabilidad. Esping Andersen, G (2000), amplía lo planteado por Jelin, E (1998) con la noción de los autoservicios familiares, que las familias se prestan a sí mismos y que varían según el grado de presencia o ausencia del Estado. Éstos no están monetarizados y, en consecuencia, no aparecen en la mayor parte de las estadísticas nacionales. De allí examina la medida en que las familias absorben los riesgos sociales, a lo que llama grados de familiarización o desfamiliarización.

La desfamiliarización no comprende un contenido anti familiar, todo lo contrario, hace referencia al grado de relajación de las responsabilidades referentes al bienestar y asistencia de la unidad familiar ya sea gracias a que las dispensa el estado o el mercado. Por otro lado, un sistema familiarista tampoco significa pro familia, ya que éste implica que la política pública exija a las unidades familiares la carga de la responsabilidad del bienestar de los miembros. El familiarismo desencadena una política familiar sumamente pasiva y poco desarrollada, que se puede detectar, por medio de la falta de provisión de bienestar por parte del Estado (o del mercado) como por ejemplo a través de la inexistencia de servicios orientados al cuidado.

Para que un espacio social familiar pueda ser más democrático, Jelin, E (1998) plantea que si bien no es sencillo producir cambios en la distribución de tareas, por un lado, dependerá de la negociación intradoméstica en cada hogar y por otro, en los servicios alternativos, de apoyo como por ejemplo las guarderías y servicios de cuidado de enfermos o ancianos, también el mayor uso de bienes y servicios personales extra domésticos, el acceso a tecnología, ya que pueden liberar parcialmente o aliviar el trabajo femenino desde el ahorro de tiempo y esfuerzo.

El problema se encuentra en el acceso a estos servicios ya que generalmente se centran en mecanismos de mercado, por los cuales hay que pagar. Por ende, la autora plantea que este tema debe ser objeto de políticas públicas que reconozcan a las tareas

de reproducción cotidiana históricamente invisibles y privadas, por lo que no deben seguir tomando forma de datos.

Consideramos a la problemática de la familiarización de los cuidados como una expresión de la cuestión social. Desde la cual no se han elaborado políticas públicas que permitan a las mujeres acceder a servicios de cuidado para aliviarse de la sobrecarga de trabajo.

De forma la autora expresa que “(...) la familia no podrá ser democrática en tanto no se democratice la provisión y el acceso a los servicios colectivos necesarios para las tareas cotidianas de la domesticidad” (Jelin, E 1998:73).

Lo planteado por Jelin, E (1998) se encuentra ampliamente relacionado con las explicaciones de Esping Andersen, G (2000), por lo tanto, podemos decir que una familia puede ser más democrática si el Estado facilita el acceso a servicios desde políticas públicas desfamiliarizadoras que alivien la sobrecarga de trabajo a las mujeres.

No hay políticas neutrales, según Esteban Galarza, M (2004) la política familiar que rige en un país existe aunque no se exprese, aunque no se mencione. Por ello creemos que Montaña, S (2007) otorga una conclusión en base a lo planteado hasta aquí, ya que, afianza este pensamiento explicando que la noción de familia que guía el diseño de políticas públicas responde a la figura del hombre proveedor y la mujer como principal responsable de la reproducción.

Pero añade tal como venimos analizando, que en la actualidad, no sólo es el hombre el proveedor principal, sino que al ser el ingreso insuficiente, la mujer cumple doble o triple jornada para aumentar los ingresos, no restando en ninguno de los casos, el trabajo intradoméstico asignado a ella, lo que la autora llama “(...) la caja negra de la ineficiencia estatal” (Montaña, S 2007:84), aludiendo que deposita en el género femenino, las labores de cuidado y protección. De esta forma, la cuestión de género se encuentra institucionalizada en el interior de las familias.

1.2 Distintas formas de pensar la salud: Paradigmas

La salud en Argentina se entiende de diversas formas, las políticas y programas que se planifican responden a las concepciones que se tienen en torno a ella. Ferrandini, D (2010) desarrolla tres paradigmas de salud que nos parecen importantes para dar cuenta de nuestro posicionamiento a la hora de intervenir.

Considerar a la salud como AUSENCIA DE LA ENFERMEDAD implica entender a la enfermedad como la invasión de un enemigo externo y el trabajo en salud consiste principalmente en eliminarlo. La política en salud se diseña en función de negar el carácter político de la producción de la enfermedad y este reduccionismo biologista es la base de las políticas focalizadas. El Banco Mundial guiado por este paradigma por ejemplo, con el fin de disminuir la desnutrición infantil impulsa programas alimentarios en escuelas primarias destinados a las mujeres ya que considera que el bajo peso (el enemigo) se elimina con más alimentos (la solución). La problemática se reduce, se descontextualiza, se simplifica en factores meramente biológicos, e impone intervenciones focalizadas.

Otro paradigma desarrollado es la salud como EL COMPLETO BIENESTAR, definición que desarrolla la OMS, surgida en el seno de la ONU, refiriendo a la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad. Este paradigma permite simplificar las explicaciones considerando a los sujetos en el tejido social como algo que no existe: individuos aislados y homogéneamente libres. La OMS tiene fuerte incidencia política en las instituciones de salud a nivel mundial, por lo que la mayoría de éstas se guían bajo explicaciones sobre el comportamiento social haciendo responsables a cada individuo de su enfermedad. Nuevamente se omite lo político, como si las posibilidades de elección de cada persona fuesen totalmente libres y sin condicionantes.

Por último, se puede pensar a la salud como LA CAPACIDAD DE LUCHA individual y social. No se trata de eliminar microbios, tampoco de enseñar a la gente como debe vivir para llegar a un estado ideal, el cual es imposible de alcanzar, se trata de un paradigma, en donde el sujeto ya no es pasivo, desde el cual hay que intervenir para curar o eliminar ese enemigo que perjudica su bienestar, sino es aquel que desea ir contra de las condiciones que limitan su vida, convirtiéndose en protagonista y constructor de su propio problema, cambiando el estado de las cosas, desde el deseo y el interés transformador de modificar su propia realidad donde identifica la distancia entre lo que vive y lo que desea.

Por ende, nos posicionamos desde este tercer paradigma, ya que es importante no ver a la salud como la mera ausencia de la enfermedad, sino, entenderla como un proceso histórico y social, donde el sujeto y su familia deben necesariamente contextualizarse, constituyéndose en actores protagónicos de la problemática, tomando decisiones,

integrando sus intereses, fortalezas, debilidades, miedos, expectativas, es decir, luchando por cambiar el estado de las cosas.

Los paradigmas expuestos por Ferrandini, D (2011) nos permite tener en cuenta, que las personas no son absolutamente libres de elegir cómo vivir y que las actitudes individuales no son suficientes para construir modos de vida saludables, de modo que existen condiciones de vida que influyen en la salud de las personas. Si se ignoran tales condiciones se convierte a la víctima en culpable de su enfermedad y muerte.

Podemos relacionar esta tercera manera de ver la salud con lo propuesto por Spinelli, H (2004) quien expresa este paradigma desde la perspectiva de salud colectiva, la cual comprende una construcción permanente y plantea ver la salud como un derecho, lo que permite que en la práctica se desarrollen mejores acciones e ideas para actuar en la salud. Comprende seguir una dirección que permite ampliar los horizontes de la visión del proceso de salud-enfermedad-atención/cuidado.

Con este paradigma se abre la posibilidad de analizar los procesos contextuales y visibilizar la inequidad socioeconómica, desde la complejidad que los otros paradigmas ocultan. Desde la propuesta de la salud colectiva se trabaja integralmente el compromiso de los equipos de salud, lo que Spinelli, H (2004) llama formación del capital social en la producción de conocimientos y transformación de las prácticas que contribuyen a superar las desigualdades económicas, sociales y sanitarias presentes en cada sociedad.

CAPÍTULO 2

2.1 Espacio social familiar

La familia puede ser pensada como un espacio social fundamental en la vida de las personas, tal como la definen los autores González, C, Nucci, N, Crosetto, R, Soldevilla, A y Ortolanis, E (1999) ya que en ella establecemos nuestras primeras relaciones, experiencias como así también modos de aprender, ser, pensar, sentir y actuar.

A la vez puede ser definida como una institución social, la cual según Jelin, E (1986) históricamente ha tenido un sustrato biológico ligado a la sexualidad y procreación, constituyéndose en una institución reguladora que canaliza y confiere significados sociales y culturales a estas dos necesidades, pero por otro lado está incluida en una red más amplia de relaciones, en la que se insertan obligaciones y derechos de parentesco guiadas por reglas y pautas sociales establecidas.

Sin embargo su importancia social va más allá de la normatividad de la filiación y sexualidad, ya que también constituye un grupo social de interacción en tanto co-residente en el que existe cooperación dentro de las actividades ligadas al mantenimiento cotidiano de sus miembros, que definen unidades domésticas, en las cuales se combinan las capacidades y recursos para la realización de tareas de producción y distribución.

Es decir, la familia constituye la base de reclutamiento de las unidades domésticas, pero es pertinente tener en cuenta que estas últimas no son simplemente un conjunto indiferenciado de individuos que comparten las actividades ligadas a su mantenimiento sino que además comprenden una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, en donde existe una estructura de poder, con fuertes componentes ideológicos que cementan la organización, aseguran y ayudan a su persistencia y reproducción, pero donde también hay conflicto y lucha, ya que sus miembros tienen intereses propios, surgidos en su propia ubicación en los procesos de producción y reproducción intra y extra domésticos.

Las unidades domésticas también llamadas grupos domésticos, según González, C et al. (1999) nos aportan que poseen como característica esencial la cohabitación, la residencia común en tanto se comparte la realización de actividades comunes ligadas al mantenimiento. De esta forma “(...) la familia es el grupo que incluye varios individuos

ligados entre sí por lazos de compromiso y de parentesco, y unidad doméstica el grupo co-residente que coopera a las actividades ligadas al mantenimiento de sus miembros” (González, C et al. 1999:5).

2.1.1 Organización de la vida cotidiana en unidades domésticas

Estos grupos domésticos en tanto organizaciones sociales están compuestos por miembros con diferentes capacidades y recursos que persiguen un objetivo común referido a la reproducción que Jelin, E (1998) divide en tres dimensiones, reproducción biológica como la continuidad generacional; reproducción cotidiana es decir el mantenimiento de la población existente a través de las tareas domésticas de subsistencia y reproducción social que comprende todas las tareas extra productivas dirigidas al mantenimiento del sistema social.

Como en toda organización la adquisición de los recursos es problemática, se deben desarrollar mecanismos para su obtención o creación, para su defensa, recreación continua y administración. A la vez estos recursos pueden provenir de diversas fuentes como el trabajo remunerado y no remunerado, transferencias formales, aquellas otorgadas por el Estado u organizaciones sociales solidarias, y transferencias informales basadas en redes de ayuda mutua e intercambio. Estos recursos pueden ser monetarios o bienes y servicios de uso directo.

En el curso de vida las familias-UD van adquiriendo diferentes capitales que les permiten acceder a los recursos, teniendo en cuenta que éstos no son meramente bienes materiales. Es decir, por un lado se encuentra el capital económico que comprende los recursos materiales, pero existen otros tales como el capital humano, en tanto habilidades y capacidades de los miembros como así también las incapacidades que se manifiestan en el tiempo. Por otro lado el capital social, el cual abarca la red de relaciones sociales, laborales, parentesco y amistad a la que es posible acudir para obtener favores y servicios. Por último el capital cultural que incluye los saberes e informaciones sobre la provisión de bienes y servicios necesarios para las distintas actividades a desarrollar.

Es decir en el ámbito doméstico se llevan adelante una serie de tareas y actividades de producción y consumo, ligada al mantenimiento de sus miembros, en donde existe división del trabajo y de responsabilidades.

2.1.2 Relaciones de poder

El mundo urbano y buena parte del mundo rural, fue construyendo dos esferas sociales bien diferenciadas, Jelin, E (1998) comenta que por un lado se encuentra el mundo de la producción y trabajo y por otro el mundo de la casa y la familia, estableciendo una tipificación de lo que es femenino y masculino. Esta diferenciación marca ritmos, espacios y tiempos cotidianos que se expresan fuera y dentro del ámbito doméstico. De esta forma, el compromiso con las actividades dentro de la unidad doméstica no es casual, ya que se encuentra influido por los patrones sociales de género, generación y parentesco.

En la actualidad existe un cambio de participación económica, en donde las mujeres trabajan dentro y fuera de la unidad doméstica, pero esto no ha implicado una restructuración en la distribución de las tareas y responsabilidades hacia los miembros varones, lo que provoca que las mujeres se ven sobrecargadas de sus labores y en última instancia recurren a la ayuda de otras mujeres del núcleo familiar o empleadas en el servicio doméstico.

Estas diferenciaciones dan cuenta que no todos los miembros gozan del mismo grado de libertad ya que las mujeres madres-amas de casa son quienes siguen teniendo a su cargo la responsabilidad de la organización doméstica, mientras que otros miembros del hogar cuentan con mayor autonomía al tener menos responsabilidades. Existe un sistema de autoridad y control dentro de la organización doméstica en donde es necesario convencer a los miembros de que contribuyan al albor común no desde un cálculo costo-beneficio sino desde el cuestionamiento de los lazos afectivos, concebidos generalmente como naturales.

Lo expuesto hasta aquí revela, que el espacio familiar comúnmente asociado a la idea de consenso y armonía oculta verdaderas luchas de poder ante la existencia de intereses propios de cada uno de los miembros. En el grupo doméstico se generan desigualdades y falta de equidad. Particularmente desde el parámetro de género no existe igualdad en la división de actividades, generándose la imposición de mayores responsabilidades hacia las mujeres, tareas que a la vez forman parte de un trabajo privado e invisible, lo que provoca que no exista democratización en las familias.

Es importante señalar la urgente necesidad de revisar este supuesto de unidad de decisión, para lo cual es necesario tener en cuenta las transformaciones sociales en curso que indican la imposibilidad de seguir manteniéndolo ya que oculta los mecanismos de

poder y de desigualdad internos y a la vez enmascara la subordinación de las mujeres como así también los mecanismos intradomésticos de generación y resolución de conflictos que intenta expresar el sistema de autoridad en un supuesto consenso.

De allí la importancia de reconocer éstas luchas de poder, desnaturalizar desigualdades y promover la democratización del espacio familiar, desde el respeto y reconocimiento de sus miembros como sujetos de derechos. Esta perspectiva, se encuentra en proceso de lucha social y política.

2.3 La tarea del cuidado: cuestión de género

El cuidado puede ser definido como el conjunto de actividades orientadas a suministrar bienestar físico, psíquico y emocional a las personas, desde lo expuesto por Comas d' Argemir (2000 citado en Del Valle Murga, T 2004). Es un componente básico en la construcción social del género que repercute en la identidad y actividades que realizan las mujeres.

A su vez Aguirre, R (2007) establece que se puede concebir al cuidado como una actividad asignada al género femenino generalmente no remunerada, sin valoración social ni reconocimiento. No solo existe un cuidado material sino también inmaterial que implica un vínculo afectivo y sentimental tanto para quien brinda el cuidado como para quien lo recibe.

Que el rol del cuidado que ha sido generalmente asignado a las mujeres de las familias-UD tiene que ver con las representaciones de género naturalizadas, que según Del Valle Murga, T (2004) son elaboraciones simbólicas tanto visuales como discursivas que se expresan con la configuración de lazos tangibles e intangibles que conllevan obligatoriedad y emociones manifestadas en distintas maneras como metáforas, símbolos e estereotipos, los cuales constituyen un conjunto de ideas, creencias, significados a través de los cuales cada sociedad define los atributos sociales y psicológicos.

Es decir, las representaciones de género poseen una dimensión simbólica que afecta y es afectada por la división del trabajo y las estructuras de poder, las cuales contribuyen a la construcción de identidades subjetivas.

Éstas a su vez marcan un horizonte normativo que regula las pautas entre los individuos y proporcionan modelos de relación social. Particularmente desde el

cuidado, la mujer ha representado para la sociedad en su conjunto la imagen estereotipada de aquella que se hace cargo del bienestar del resto de los miembros de la unidad doméstica por los lazos de afecto desde el cariño, amor, como a la vez desde sus cualidades y actitudes las cuales gozan de amplia aceptación social.

De esta forma, las responsabilidades del cuidado no son improvisadas sino que requieren de pasos previos, que tienen que ver con la asignación de roles y de su intercambiabilidad. Del Valle Murga, T (2004) revela que cuando los roles son fijos es difícil generar cambios, especialmente cuando surgen momentos difíciles tales como la aparición de una enfermedad o el mismo deterioro que genera la edad. La responsabilidad procede de la asunción de derechos y obligaciones propios de los roles, aquí es importante la definición social de éstos y las expectativas definidas en cada sociedad. Los vínculos que se expresan en el cuidado tienen que ver con la obligatoriedad propios de los lazos de parentesco y la consanguinidad.

Estas representaciones se manifiestan en la sociedad desde diferentes percepciones en relación a las tareas de cuidado como por ejemplo cuando un hombre las lleva a cabo tiene mayor reconocimiento a cuando las realiza una mujer ya que se considera que éstas le corresponden.

Las mujeres somos productoras de ciertas resistencias al cambio en relación a las responsabilidades de cuidado, Del Valle Murga, T (2004) expone que por ello es importante un trabajo reflexivo para que la mujer pueda reclamar, transferir la obligación que tiene sobre las tareas. Transferir el cuidado implica la des-territorialización en donde se puedan desplazar las actividades a otras instituciones como servicios de cuidado.

De allí la importancia de que la voz de las cuidadoras sea escuchada, no para protagonizar el cuidado sino para compartirlo, delegarlo, ya que éste es físico, económico, afectivo pero evidentemente político. Del Valle Murga, T (2004) expresa que es necesario romper con la territorialidad en donde exista la oportunidad de transferir el cuidado y posibilidades de elegir como realizarlo.

Lo privado es político y por lo tanto el cuidado es político, es importante socializarlo y comprender que como necesidad social los poderes públicos deben dar respuestas concretas. “(...) todos y todas somos potencialmente personas cuidadoras y personas necesitadas de cuidado” (Ibarretxe Markuartu, J 2004:10). Este planteo concuerda con el de Carrasco Bengoa, C (2004) quien establece que no puede plantearse como un

problema individual ni como un costo social por lo que hay que ampliar los estrechos límites de la economía e incorporar todo el trabajo no remunerado.

Ahora bien, siguiendo a Esteban Galarza, M (2004) en el transcurrir del tiempo el cuidado de las personas dependientes sigue siendo una responsabilidad delegada socialmente a las familias, por lo que existe una FAMILIARIZACIÓN DE LOS CUIDADOS, pero es pertinente tener en cuenta que cuando hablamos de familias específicamente se hace mención a las mujeres, por lo que podemos decir que más precisamente existe una FEMINIZACIÓN DE LOS CUIDADOS.

Una consecuencia de esta feminización de los cuidados es la invisibilización y naturalización que garantiza la continuidad de la ejecución de estas tareas por parte de las mujeres, lo que la autora prefiere denominar como re- naturalización, argumentando que la desigualdad social por la que atraviesan es justificada por los aspectos biológicos y psicológicos que supuestamente las caracterizan.

Otra consecuencia son los obstáculos que se le presentan a la mujer cuidadora en la inserción o continuación en el mercado laboral, en la igualdad de oportunidades, lo que expresa una distribución desigual de los recursos como de los tiempos y responsabilidades entre hombres y mujeres.

Los aportes que complementan esta idea, son los de Garrido Luque, A (2004) quien expone que la situación laboral de la mujer es un factor a la hora de explicar la participación del varón en las tareas domésticas, aludiendo que cuando ésta tiene un empleo remunerado el hombre participa de las actividades domésticas, pero no en las tareas de cuidado.

Pero si bien, como hemos planteado, el cuidado es un tema político esto no es considerado ni forma parte de las problemáticas de la agenda de gobierno. Sunkel, G (2007) expresa que en América Latina, no existe una política pública de cuidado, y no ha sido un tema importante dentro de la provisión pública de servicios sociales, otorgando la responsabilidad principalmente a las mujeres. En este modelo imperante de familia, un concepto clave es el de economía del cuidado, el cual refiere a las actividades de bienes y servicios que se necesitan en la reproducción cotidiana de las personas.

La economía del cuidado es sostenida por el trabajo no retribuido de las mujeres. “(...) sostiene la vida humana, ajusta las tensiones entre los diversos actores de la economía y como resultado se constituye en la base del edificio económico” (Carrasco Bengoa, C 2004: 35).

Existe de esta forma tomando las palabras de Garrido Luque, A (2004) una contribución de las mujeres al mantenimiento del bienestar social, pero consideramos que esto genera que la creencia de la mujer como dotada de forma natural de una mayor capacidad para detectar las necesidades de otras personas se reproduzca en el tiempo imposibilita que la problemática de la sobrecarga de trabajo sea un tema tenido en cuenta en la agenda de gobierno para la implementación de políticas públicas que mejoren las condiciones de vida de las personas cuidadoras.

Nos parece importante exponer los aportes de Izquierdo, M (2004) quien sostiene que al entrar en juego sentimientos, el cuidado puede estar unido directamente al maltrato, señalando que existe un carácter ambivalente del mismo.

Los cuidados que proporcionan las familias dependen de las características propias del diagnóstico y de cada familia en particular, entendiéndose por ello que no debe hacerse referencia a cuidador/a sino que hay distintas formas de serlo, respondiendo a las particularidades de cada una, por lo que es acertado hablar de cuidadores/as.

Por último, es importante exponer que existen distintos tipos de cuidado que Murillo, S (2003) los divide en dos, por un lado, el proporcionado a niñas, niños y adolescentes, y por otro el dedicado a la atención de ancianos y enfermos crónicos o agudos llamado cuidado asistencial. Particularmente desde nuestro trabajo de tesis nos centraremos en el trabajo de las mujeres cuidadoras del segundo tipo de cuidados planteado por la autora.

2.4 Enfermedades crónicas

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), llevó adelante numerosas investigaciones que dan cuenta del aumento de enfermedades no transmisibles o crónicas, en los últimos tiempos convirtiéndose en una de las principales causas de muerte en el mundo.

La problemática se ha convertido en una epidemia, “(...) con devastadoras repercusiones sanitarias y económicas” (OMS, 2014:14), por lo que los Estados

miembros han acordado aplicar un plan de acción que restrinja su crecimiento. Se necesita la responsabilidad y compromiso de los Estados ya que ni el sector tradicional de la salud ni los individuos pueden controlar los factores que aumentan este tipo de enfermedades como la “(...) globalización, el rápido proceso de urbanización y el envejecimiento de la población” (OMS, 2014: 6).

Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser “(...) enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta” (Rojas, M y Estrella, P 2012: 18). Méndez Diz, A (2012) analiza el impacto que generan en la vida de las personas, estableciendo que en este tipo de enfermedades se debe gestionar la cronicidad, es decir aprender a convivir con éstas, en donde el sujeto no solo piensa en el tratamiento sino también en la posibilidad de muerte. Los límites son difusos, ya que la enfermedad invade la vida de quien la porta, y se presenta en la vida de quienes lo acompañan, familiares, amigos, compañeros, etc., quienes muchas veces sin querer o sin saberlo, se convierten en agentes importantes en el acompañamiento de la enfermedad.

La problemática de la cronicidad de un estado de salud, según Osorio Carranza, R (2008) se puede analizar desde una doble dimensión, en la que intervienen procesos subjetivos y socioculturales. En este sentido, el sujeto debe convivir permanentemente con la enfermedad, no sólo desde su estado mental o físico, sino también que afecta a su propia identidad, su organización cotidiana, sus relaciones laborales, y familiares.

Otro aspecto que plantea la autora, es la dimensión de la corporalidad de quienes padecen una enfermedad crónica, en donde el cuerpo se vuelve mediador del sujeto y su enfermedad, constantemente se produce un diálogo entre el cuerpo y los síntomas, los cuales el sujeto ha aprendido a detectar con el paso del tiempo.

Para una mejor comprensión de las enfermedades crónicas Conrad, P (1990 citado en Méndez Diz, A 2012) establece la importancia de indagar la experiencia subjetiva de quienes viven con y a pesar de la enfermedad, desde la exploración del día a día de estas personas. “Tal perspectiva implica focalizarse en los significados de la enfermedad, la organización de la cotidianidad (...) y las estrategias para afrontar la nueva situación vital” (Méndez Diz, A 2012: 47).

Los aportes que brinda este enfoque son indispensables porque le otorga importancia a la organización de la vida cotidiana de las personas que conviven con la cronicidad de

una enfermedad en relación a la adaptación de ésta a su vida y a la inversa, además hace hincapié en no sustituir la palabra personas por pacientes.

Teniendo en cuenta lo establecido por la autora, este paradigma de la sociología de la salud rompe con la hegemonía del saber médico, y son las enfermedades crónicas las que produjeron este cambio al no encontrar respuestas a este nuevo diagnóstico.

Insuficiencia Renal Crónica

La enfermedad terminal renal como trastorno orgánico, afecta todas las áreas de las personas y su entorno, obligando a someterse a algún tipo de tratamiento, los cuales pueden ser diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante. Sea cualquiera de las tres formas de tratamiento a las que accede, la cronicidad de la enfermedad sigue existiendo, sólo varía el grado de autonomía que cada tratamiento otorga.

Tanto el tratamiento de Hemodiálisis como Peritoneal, a partir del año 1983, se encuentran regulados por la Ley de Diálisis (22.853/1983),

Diez años más tarde, se aprueba la Ley de Trasplante (24.193/1993) la cual regula esta práctica en la República Argentina.

Para llevar a cabo el trasplante en la provincia de Córdoba existe una organización llamada E.Co.D.A.I.C, que funciona como ente coordinador de ablación e implante de Córdoba y organismo jurisdiccional del INCUCAI. El Hospital Córdoba trabaja conjuntamente con el E.Co.D.A.I.C, caracterizándose por ser el único Hospital Público de la provincia que realiza trasplante a la población adulta, el cual tuvo sus inicios en la realización de trasplante renal.

Con la Ley del Sistema de Protección Integral para personas trasplantadas (26.928/2015), destinada a las personas que hayan recibido un trasplante o se encuentren en lista de espera pueden acceder a un certificado- credencial para acreditar la condición de destinatario del régimen.

Se menciona en la presente ley, la coordinación de comunicación social como la encargada de la implementación, seguimiento y fiscalización del registro de extensión de credenciales del sistema de protección integral para personas trasplantadas. Se le encomienda además las acciones que permitan poner en conocimiento a la población los alcances del sistema de protección integral.

Quienes obtengan su credencial, podrán contar con la gestión de las coberturas sociales del 100% de la medicación, el trámite ante las empresas de transporte, por ende el acceso al derecho de gratuidad para viajar con los servicios de transporte terrestre de corta, media y larga distancia y una gestión más rápida de la asignación mensual no contributiva en la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales.

Es pertinente exponer que la credencial tiene vigencia por 3(tres) años contados a partir de su fecha de emisión y se puede renovar por la misma cantidad de tiempo. Los responsables de la emisión, impresión, entrega domiciliaria y registro de la recepción de las mismas son los Organismos Provinciales de Ablación e Implante (OPAI).

Esta ley (26.928/2015) comprende un avance significativo, en tanto no solo expresa aspectos meramente técnicos u biológicos sino que también contempla aspectos sociales. De allí nos parece importe citar a Spinelli, H, Urquía, M, Bargalló, M y Alazraqui, M (2002) quienes exponen que en el campo de la salud intervienen determinantes sociales, políticos y económicos que afectan intensamente el estado de salud de la población. Por lo tanto, es importante trabajar las problemáticas de salud de manera integral, para que las mismas logren situarse dentro de la agenda de debate del Estado.

De allí vemos la importancia de como expusimos en un principio mantener un posicionamiento desde el tercer paradigma desarrollado por Ferrandini, D (2010), en donde entendemos a esta problemática de salud no sólo desde sus aspectos médicos sino también sociales, culturales por los que se encuentra inserto el sujeto y expresa la manera en que este vive la cronicidad de la enfermedad.

Capítulo 3:

3.1 Adultos con derechos

En ese apartado, realizamos una descripción y análisis de una parte fundamental de nuestro trabajo de intervención pre-profesional. Haremos mención de los sujetos con los cuales intervenimos en el Hospital Córdoba y para ello, retomamos los aportes teóricos de Acevedo P, Andrada S y López, E (2011) quienes explican que:

Ninguna conceptualización que se haga de los sujetos es neutra, sino que se sustenta en un marco teórico y también político, está envuelta por alguno de los paradigmas de la teoría social, que encubren y develan determinados intereses vinculados a la reproducción o al cuestionamiento del orden vigente de las cosas. (Acevedo P, Andrada S y López, E 2011:28)

Es así, que en primera instancia, consideramos pertinente tener en cuenta los aportes de Custo, E (2009) quien define a los sujetos como sujetos activos con posibilidades de transformar la naturaleza y sociedad. La autora expresa que:

Es un ser social puesto que establece relaciones sociales con otros. Es un ser histórico y cultural condicionado y condicionante de su contexto social. Es al mismo tiempo, un sujeto de necesidades, que trata de satisfacerlas en su relación con otros hombres. (Custo, E 2009: 19)

El sujeto se encuentra inserto en un contexto social, expresado a través de políticas, que generan de esta forma un sistema social que legitima la estructura económica, política y social. A la vez esta estructura se refuerza con ciertos discursos y relaciones sociales que reproducen en la vida cotidiana esa forma de pensar, sentir y hacer.

Además, consideramos potente, los aportes expuestos por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2016) para entender a los sujetos desde el enfoque de derechos ligado a la noción de igualdad de éstos. Éste se constituye en eje central de nuestras intervenciones e implica que todas las personas tengan plena titularidad de derechos económicos, sociales y culturales como horizonte normativo y práctico. Esta noción también comprende la igualdad de derechos, igualdad de capacidades como conjunto de habilidades, conocimientos y destrezas de los individuos, el reconocimiento recíproco de los actores y la igualdad de género, étnica y racial.

Además de buscar la garantía de derechos para cada ciudadano, como el acceso a la salud, educación, trabajo, y protección social, este enfoque busca identificar situaciones de vulneración, que excluye a determinados grupos sociales de niveles básicos de bienestar y viven situaciones de desigualdad.

“(...) le conté (a la nutricionista) el caso de una cucaracha que había en la comida y me lo negaba. (...) hay gente que es lo único que tiene para comer, pero por ese mismo hecho no vas a comer cualquier cosa”. (Ver anexo código 1410ESD1).

Siguiendo lo expuesto por la por la CEPAL (2016), este enfoque, además otorga fundamento jurídico al reclamo por la igualdad y exige acciones públicas para el progresivo avance en el cumplimiento de derechos vulnerados.

Los sujetos que recurren a la atención en el centro de diálisis del Hospital Córdoba, experimentan constantemente situaciones de desventajas y desigualdad ligado a las posibilidades e imposibilidades de acceso al mercado laboral, por ende, no cuentan con otras prestaciones de salud, lo que limita la cobertura médica al sub campo público que en nuestra sociedad posiciona a los sujetos en “(...) suplicantes agradecidos” (Tobar, F 2000:23). El autor continúa explicando que los usuarios de servicios públicos no pueden elegir al médico ni el hospital, y en caso de poder hacerlo, seguramente esta opción será más reducida que en el ámbito privado.

“(...) primero estaba en el Transito y después me derivaron acá”. (Ver anexo código 1410ESD1).

Para el autor Saraví, G (2004) las experiencias de concentración, acumulación y dimensiones socioculturales que acentúan las desventajas de sectores particulares de la sociedad, amplían el análisis de la pobreza por lo que es necesario entenderla, no solo como la carencia de recursos sino también como las ventajas/desventajas que acentúan la vulneración y exclusión de derechos de ciudadanía a ciertos sectores. La pobreza estructural, “(...) desencadena procesos de segregación urbana y amenaza a estos enclaves con la exclusión” (Saraví, G 2004:1).

La mayoría de los sujetos que se dializan en el IMAC, eran los principales proveedores económicos de la familia-UD, trabajadores independientes o contratados no formales, y muy pocos con contratos en blanco. A partir de la adherencia al tratamiento,

y debido a los síntomas propios de la enfermedad que limitan las posibilidades de trabajo, el ingreso monetario se reduce a la transferencia formal, como la pensión no contributiva o en el mejor de los casos, la jubilación por invalidez. Alguno de ellos, continúan realizando trabajos eventuales y esporádicos como ingreso extra, pero los sujetos en su mayoría transitan por la agudización de la pobreza.

“(...) Entrevistadora: Cuando le diagnosticaron esto... ¿Tenían un súper?”

Esther: (Si) Y también todo eso perdimos. Perdimos mucha plata. Se fue viniendo abajo, porque la misma enfermedad de él, ya no podía estar. Afectó muchas cosas.” (Ver anexo código 311ESC3).

“(...) él ayer estuvo en diálisis, y volvió y estuvo en la cama todo el día, porque la cabeza y los calambres eran terribles.” (Ver anexo código 1410ESC1).

A manera de ampliar este análisis, Lomnitz, L (1978 citada en Gutiérrez, A 2007) utiliza el término marginalidad de la pobreza, para referirse a la problemática que sufren poblaciones de sociedades industrializadas, en donde individuos que ocupan posiciones desfavorables se constituyen en poblaciones sobrantes de sus sistemas económicos sufriendo una pobreza mucho más aguda. Dicha marginalidad desencadena estrategias para los individuos donde el objetivo común es reducir la incertidumbre, minimizar la inseguridad, y maximizar la utilización de los escasos recursos disponibles.

Los agentes sociales condicionados por su posición social según Torrado, S (1982 citada en Gutiérrez, A 2007) desarrollan estrategias familiares de vida, que les permiten desarrollar prácticas para optimizar los recursos materiales y no materiales de cada uno de los miembros de la unidad doméstica.

“(...) uno está enfermo y el otro te dice “yo te cuido los chicos, yo voy al hospital, yo te cocino, yo los llevo, yo los traigo de la escuela” nos organizamos, ¿me entendés?” (Ver anexo código 411ESC4).

Al dialogar con los sujetos con Insuficiencia Renal Crónica y sus cuidadores/as, al escuchar como intentan expresar en palabras lo que sintieron al momento de recibir el diagnóstico, lo que sienten ahora, lo que se imaginan que va a pasar cuando llegue el anhelado trasplante, damos cuenta de que la enfermedad crónica marca en la vida de los sujetos, un antes... un después, y es para siempre.

Existen situaciones que las autoras Cocha F, Gattino S, Silva P, Tozanzo E, y Valdez, B (2015) llaman CRISIS ya que, irrumpen en la vida familiar, trastornando y

desorganizando la cotidianeidad de los miembros. La manera en que se solucionaban problemas se modifica, se altera, y genera expresiones de quejas, malestares, silencios, estallidos en el grupo familiar porque el equilibrio fracasó.

“(...) para mí, en lo personal fue un bajón. Hací de cuenta de que vos vas caminando libremente y te pegaron un golpe en la frente y ahí te quedaste así.”
(Ver anexo código 311ESD2).

“(...) Ella ahora no dice nada, pero antes lloraba, lloraba, a mi muchas veces me ha llamado la doctora que la valla a buscar, (...) y allá estaba, lloraba y me decía “no, no, quiero hacerme más” (Ver anexo código 1519 ESC2).

Las familias-UD que viven día a día esta situación generan estrategias de adaptación y/o transitan por situaciones de urgencia ante vulneraciones de derechos en cualquier miembro del grupo familiar. Por ello la intervención del Trabajador Social en estos espacios debe conformar estrategias en las que se “(...) promuevan instancias de resolución de situaciones familiares, reforzando las potencialidades que han configurado las familias en los espacios domésticos, constituidas por todos sus miembros, con la finalidad de acompañar procesos de reconfiguración o resemantización de los mismos” (Cocha F, et al., 2015).

Los sujetos al interior de las organizaciones son nombrados y esa manera de nombrar se convierte muchas veces en aspectos que se encuentran instituidos al interior de éstas.

En lo que respecta a los sujetos que acceden al tercer nivel de atención de salud, en este caso desde el Hospital Córdoba, existe un concepto instituido al interior de la organización en cuanto a la manera de nombrarlos utilizando el término PACIENTE.

Cuando una persona ingresa al Hospital Público, de forma simbólica pasa a ser un/una paciente, de esta forma pasa a ser un cuerpo que necesita de cuidados por lo que es medicado e intervenido, Canevari Bledel, C (2011) explica que, es un individuo al que se aparta de los vínculos sociales que lo sostienen y quien se subordina de manera obediente a las normas institucionales, a las profesiones que lo asisten por lo que deja de tener autonomía sobre sí mismo, sobre la posibilidad de tomar decisiones ya que los conocimientos no le pertenecen.

Al ser denominados pacientes, se espera que las personas se entreguen de manera subordinada al poder y al saber de los médicos/as, en donde los sujetos deben ser

sumisos, abnegados, obedientes, aceptando las reglas y los tiempos que les son impuestos. Siguiendo con esta idea, lo óptimo es entregarse en las manos de quien tiene el saber, el cual es distinguido por el uso de un delantal, el manejo de las tecnologías, medicamentos e instrumentos. De esta forma, estos agentes portadores de saber son quienes toman las decisiones sobre el cuerpo de los sujetos.

En base a sus explicaciones, Canevari Bledel, C (2011) cuestiona esta idea imperante y expresa que los cuerpos de los sujetos que acceden a hospitales públicos se encuentran enajenados, ya que se los considera como un objeto que porta sobre sí una historia de discriminación y desvalorización. La enajenación de los cuerpos se refleja en las prácticas médicas cotidianas en donde los sujetos no deciden sobre su propio cuerpo, más bien, éstas son decisiones del saber médico. “La persona pierde la posesión de sí misma, su libertad está vigilada y en relación de dependencia con la institución hospitalaria” (Canevari Bledel, C 2011:139).

Los sujetos al no poder tomar sus propias decisiones, no pueden ejercer su ciudadanía con libertad. El proceso de enajenamiento a la vez provoca que las emociones, los saberes, las creencias, tradiciones, de la otra parte sean anuladas ya que se impone un modelo etnocéntrico y unívoco de comprender los procesos por los que transitan. Los sujetos al encontrarse sometidos llegan a negarse a sí mismos, a veces sin consciencia de esto, lo que forma parte de una relación de intercambio desigual que limita las libertades de las personas despersonalizándolas.

Estos aportes nos permiten dar cuenta que los sujetos con los que trabajamos en nuestra práctica pre-profesional son nombrados de esta forma y se cumple lo expresado por la autora, es decir en sus términos son sujetos enajenados.

Ahora bien, otro término utilizado dentro de las organizaciones, es el de USUARIO, en palabras de Acevedo, P y Aquín, N (2012) el núcleo de la designación de este término, vuelve a la sociedad de mercado, no desde el lugar de libre juego de oferta demanda y de individuos libres en el mercado, pero si desde una mediación estatal en donde se garantiza la reproducción del capitalismo, en la conformación de servicios públicos a cargo del Estado y desde allí la noción de uso. La incorporación al vocabulario de la disciplina pone al Trabajo Social como agente de servicios, como obligación estatal en donde aquellos que concurren a esas instituciones lo hacen en posición de ciudadanos que tienen derechos a usarlos. Las autoras establecen que igualmente debemos tener cuidado en el uso de este término.

El término usuario según Acevedo, P y Aquín, N (2012) remite a una manera de nombrar a un sujeto individual que se convierte en sujeto de la acción profesional, cuando este accede a los servicios que la profesión ofrece.

En consonancia a lo expresado por Acevedo, P y Aquín, N (2012) Canevari Bledel, C (2011) visualiza a la salud como un derecho que el Estado debe garantizar. A la vez, expresa que existe una lógica de la economía de intercambios simbólicos en los servicios públicos que plantea la idea de que el hospital brinda atención y cuidados a personas y que éstas, no entregan nada a cambio.

Esta idea es peligrosa, en una sociedad caracterizada por una salud mercantilizada, en donde el dinero es lo que define la calidad de los servicios. Establece que se convive con la idea tramposa, de que la gratuidad de los servicios públicos es excusa suficiente de la mala atención que sufren quienes acceden a estos gratuitamente.

Por este motivo planteado, las personas que acceden a los servicios públicos “(...) les cuesta asumir el reconocimiento de ser sujetos/as de derechos, y al equipo de salud también les resulta difícil ese reconocimiento. Quizás por no mediar la transacción económica en la relación. La gratuidad entrapa a usuarias/os y también a profesionales” (Canevari Bledel, C, 2011:135).

En el acto de nombrar, se conjuga una concepción, en la que se produce un reconocimiento de los sujetos, define el lugar del otro, ofreciendo las condiciones en que se establecerá la intervención profesional. Acevedo, P y Aquín, N (2012) nos revelan que la manera en que nombremos al sujeto influye en cómo vamos a intervenir.

Nos parecen sumamente importantes sus aportes y analizamos que tanto PACIENTES como USUARIOS, son términos con los que no acordamos. El primero es un término que se encuentra instituido fuertemente en la institución salud. El segundo si bien puede pensarse desde la noción de derechos, debe ser utilizado con cautela, no encerrando al sujeto solo como quien accede a un servicio sino principalmente como un sujeto de derechos.

Por ende, no utilizaremos ninguno de los dos conceptos y preferimos referirnos a sujetos adultos ya que es el grupo etario con el que trabajamos.

Consideramos que la manera de referirse a los sujetos en el campo de la salud es un tema que se debería trabajar teórica y epistemológicamente.

3.2 Ni pasivos, ni demandantes

Pasivos y demandantes, fueron las primeras expresiones de profesionales al preguntarles cómo era la dinámica de los sujetos en el IMAC. El título de esta sección alude principalmente a dos de las numerosas características construidas que le presentaremos al lector en relación a los sujetos que acceden al tratamiento de hemodiálisis.

Para introducirnos en el tema, nos parece fundamental recuperar las representaciones sociales que tiene el colectivo profesional del Hospital Córdoba acerca de los sujetos de nuestra intervención, por ello retomamos los aportes teóricos de Sirven, M (1999) quien define a la representación social como “(...) el conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los individuos de un grupo comparten en relación a ellos mismos y a los fenómenos” (Sirven, M 1999:61).

Las representaciones van acompañadas de prejuicios o estereotipos, de percepciones que condicionan muchas veces el reconocimiento de necesidades y de satisfactores de un grupo social. Algunas expresiones de los profesionales del hospital señalan que los sujetos:

“Están de mal humor siempre, son muy demandantes, odiosos, se victimizan, son pasivos, quieren que uno les de todo” (Ver anexo código EP123).

Esto se traduce en la calidad de los servicios que profesionales desarrollan, ya que muchos de ellos tratan de evitar acercarse a esta área del Hospital a pesar de su complejidad.

Las representaciones sociales, para Sirvent, M (1999), no son opiniones momentáneas y fragmentadas, son construcciones en relación a determinados aspectos que estructuran percepciones, imágenes, creencias, y actitudes en un sistema social determinado. Las actitudes, se constituyen en un elemento clave porque a partir de la representación social es que se orienta la conducta.

Desde nuestra experiencia, al ingresar al Hospital Córdoba y luego de realizar numerosas entrevistas a profesionales de diferentes servicios para definir el área en que desarrollaríamos nuestra práctica académica, nos enfrentamos a discursos negativos al plantear nuestro interés de trabajo en el área de hemodiálisis. Estos discursos hacían principalmente referencia a la dificultad de trabajar con sujetos según ellos, difíciles para un grupo de estudiantes.

Nos enfrentamos a un colectivo que comparte la misma representación social hacia el grupo de personas con Insuficiencia Renal Crónica. Desde nuestro lugar luego de conocerlos, hablar con ellos y al avanzar con la construcción del estado del arte de la problemática, consideramos de suma importancia intervenir desde el Trabajo Social articuladamente con otros servicios del hospital y fuera de éste.

Otro aspecto característico de los sujetos que acceden a la atención en el centro de diálisis IMAC, es la edad. Podemos decir que pertenecen a la trayectoria de vida comprendida en la adultez, esto implica siguiendo a González, C (1999) que socialmente le son asignados roles y responsabilidades específicas que se espera que lleven a cabo, acompañados de representaciones sociales construidas para esta etapa de la vida e incorporados en la identidad, es decir, lo que se espera que el adulto sea en un contexto socio-cultural específico.

La Insuficiencia Renal Crónica por la que atraviesan los sujetos, condiciona las actividades que les han asignado complejizando aún más la situación de vulnerabilidad, ya que en su mayoría no participan en el mercado formal de trabajo debido al tratamiento médico que el diagnóstico requiere, a las inflexibilidades de los propietarios del capital de trabajo y a los temores, mitos que hay en torno a la enfermedad.

“(...) F casi se muere mientras lo entrevistaba en diálisis. Estaba hablando como si nada y de repente se desvaneció. La enfermera me decía que le podía dar un paro cardíaco. Él intentó terminar la entrevista, pero su cuerpo no resistió... (Cuaderno de campo, observación participante)

Las personas enfrentan un tratamiento de 12 (doce) horas semanales conectándose a una máquina que limpia su sangre y que muchas veces debilita a los sujetos y limita la posibilidad de llevar a cabo otra actividad. La dependencia a una máquina impacta en la identidad, en la manera de verse y sentirse. Solo quienes ponen el cuerpo lo comprenden en su totalidad.

“(...) Es horrible la máquina, aunque gracias a ella uno vive” (Ver anexo código 411ESC4).

“(...) (Refiriéndose a la fístula) a mí no me da vergüenza que se vea la víbora que tengo en el brazo, pero a otros sí” (Ver anexo código 1410ESD1).

Estamos convencidas que deben repensarse las formas de nombrarlos, porque si los sujetos son pasivos, entonces ¿qué es ser activo?

3.3 Trabajo invisible en Córdoba

Las actividades que cotidianamente realizan las mujeres, al llevarlas a cabo en el ámbito privado de la familia y el hogar se encuentran naturalizadas y por ende invisibilizadas, lo que Jelin, E (1986) llama trabajo invisible.

El trabajo de cuidado de las mujeres es un trabajo desvalorizado e invisibilizado y es necesario que deje de ser un ámbito exclusivo de las mujeres. De esta manera Ibarretxe Markuartu, J (2004) cuestiona fuertemente que la sociedad se beneficie del cuidado de personas a costa de la discriminación de las mujeres en base a la pregunta” ¿Merece la pena sustentar el bienestar de algunas personas en la explotación de otras?” (Ibarretxe Markuartu, J 2004: 10).

Tomando los aportes de los autores y teniendo en cuenta nuestra práctica pre-profesional podemos decir que existe trabajo invisible en Córdoba de mujeres que diariamente ocupan gran parte de su día en el cuidado de los miembros de su familia-UD, especialmente de aquel/lla al que se le ha diagnosticado la IRC.

Estas son mujeres cuidadoras adultas, de distintos barrios de la ciudad de Córdoba. Desde nuestro trabajo realizamos entrevistas en profundidad a 4(cuatro) de ellas pertenecientes a los barrios Villa El Libertador, Ampliación Palmar, Quintas de San Jorge y General Bustos.

La CEPAL (2016) establece que la edad adulta se caracteriza por ser una etapa, en donde el acceso a los ingresos y el bienestar dependen del grado de la capacidad de las personas para insertarse en el mercado laboral y a la vez las presiones de cuidado se acrecientan debido a la presencia de personas dependientes como los hijos/as, padres/madres y otros miembros de la familia.

Esta combinación de ambas características propias de esta etapa hace que la conciliación de participación en el mercado laboral y las responsabilidades de cuidado se convierta en un gran desafío particular para las mujeres adultas. Por otra parte, la vinculación de cada persona con el mercado laboral en la adultez tendrá consecuencias en su vejez ya que su presente laboral repercutirá en su futuro en cuanto al derecho a una jubilación contributiva. “Por estas razones, los principales riesgos de esta etapa

están relacionados con la participación laboral, la calidad del empleo en cuanto a ingresos y condiciones de trabajo y el acceso a mecanismos de protección social, incluidos los servicios de cuidado” (CEPAL, 2016:50).

Lo expuesto por la CEPAL (2016) permite comprender la importancia de la vinculación al mercado de trabajo en esta etapa del ciclo de vida.

En las entrevistas en profundidad realizadas, el tema del que todas las cuidadoras hablaron aun antes de que se les preguntara fue sobre su situación laboral actual. Lo expresan como un aspecto significativo de sus vidas.

“Si yo tuviera un trabajo pudiera progresar, y acá arreglar, no te digo que sería un palacio, pero a lo mejor un poco mejor, ¿me entendés? (...) Yo sé que nuestra situación no es fácil, pero yo a todos les he pedido que me den un trabajo, pero no sé con quién más hablar, sería la persona más feliz del mundo”
(Ver anexo código 1410ESC1).

“Y bueno así estuve mucho tiempo mi patrona me decía ¿no estas cansada? vos sabes que no estaba cansada, no tenía sueño nada, no me dolía nada, yo iba y volvía iba y volvía, andaba a dos mil. Hasta que un día me agarro Neumonía, pero yo andaba igual, iba a trabajar iba y venía, y no daba mas no daba más y me desmaye allá en mi casa (...) Si, si yo me operé de la vesícula y a los 3 días ya me fui a trabajar” (Ver anexo código 1510ESC2).

La CEPAL (2016) expone que el trabajo remunerado y no remunerado refleja como la edad y el género se entrecruzan y generan brechas sociales en cuanto a las oportunidades de obtener ingresos en la vida adulta en donde las más afectadas son las mujeres ya que tienen menos posibilidades de dedicar horas al trabajo remunerado en comparación con los hombres y a la vez el tiempo que éstas dedican al trabajo no remunerado es elevado.

(...) la carga del trabajo no remunerado tiene un marcado sesgo de género (...) Así, la reducida participación masculina en esas actividades y la ausencia de sistemas asequibles de cuidado tienen como contrapartida menores posibilidades

para que las mujeres puedan participar en el trabajo remunerado, en particular en la etapa adulta. (CEPAL, 2016:52)

Conforme a lo expuesto, podemos decir que las mujeres cuidadoras de la Provincia de Córdoba, en su etapa adulta, se encuentran en una situación de vulneración de sus derechos, ya que por un lado no se reconoce el trabajo no remunerado que cotidianamente realizan y genera bienestar al resto de los miembros de la familia-UD y por otro lado no logran conseguir un trabajo formal remunerado que les garantice su seguridad actual y futura que les permita acceder al derecho de una Jubilación contributiva en su vejez.

Es ampliamente importante cuestionarnos esta situación de vulneración de derechos que atraviesan las mujeres, en donde un primer paso puede ser apostar a la desnaturalización de este trabajo que es invisible a los ojos de muchos/as, comenzando a hacerlo visible y comprender su importancia en el mismo espacio familiar para luego poder extender esta visibilidad al resto de la sociedad.

Capítulo 4

4.1 Hospital Córdoba

En el libro de los 50 (cincuenta) años del Hospital Córdoba (2001), se expone que la organización está ubicada en Av. Patria 566, equina Libertad, Barrio Pueyrredón de la Ciudad de Córdoba. Fue fundado el mes julio de 1950 durante la presidencia de Juan Domingo Perón, el Dr. Ramón Carrillo como Ministro de Salud, en la gestión de Juan Ignacio San Martín como Gobernador de la provincia de Córdoba, Pedro Baggio como Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la provincia y bajo la dirección del Dr. Santiago Campellone Llerena.

El área de Trabajo Social en esta época era denominada como ayuda social conformada por visitadoras sociales egresadas de la escuela de Puericultura y por voluntariado quienes realizaban la atención de sujetos abandonados por la familia. El trabajo era realizado conjuntamente con la cooperadora del hospital la cual realizaba un gran aporte en cuestiones de administración de recursos, movilidad, provisión de los medicamentos, prótesis, sillas de ruedas, entre otros.

Por otro lado, en el año 1965 se realizó la entrega de títulos en la Universidad Nacional de Córdoba a las primeras Trabajadoras Sociales. Este acontecimiento elimina la práctica filantrópica de la ayuda idónea y marca un antes y un después a la forma de dar respuesta a los problemas sociales.

La misión del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba se encuentra descripta en su Manual de inducción (2011) que implica organizar, regular y proveer a través de su red de efectores y unidades ejecutoras promoción, protección, recuperación y rehabilitación sanitarias, llevadas a cabo a través de una política sectorial mediante la ejecución de planes, programas y proyectos definidos.

La misión específica del Hospital Córdoba se encuentra relacionada con la del Ministerio de Salud con características propias ya que es un hospital de tercer nivel de atención a la salud que se especializa en demandas de alta complejidad lo que requiere de profesionales como así también de tecnología especializada. Brinda servicios destinados a la población adulta resolviendo procesos mórbidos o procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

El proyecto institucional es una dimensión, que según Schlemenson, A (1998) sostiene a la organización y a sus miembros. Debe responder a la audiencia externa que es la que solicita el servicio a esta organización. Si no responde se provocan quiebres, que es lo que causa tensiones, malestar y conflicto hacia el interior de la organización.

Todo esto parece confirmar que el hospital resistió a lo largo de su historia contextos turbulentos para mantener su proyecto institucional lo que le posibilita responder a la audiencia externa como así también a los miembros de la organización. Tal proyecto encierra una idea que se encuentra relacionada al tipo de servicios que brinda a la comunidad y que permite caracterizar al hospital como de alta complejidad.

En el proyecto institucional que enmarca el accionar de esta organización, intervienen actores que establecen un “(...) conjunto de reglas de juego formales e informales que estructuran las relaciones entre grupos individuos, gobiernos, enmarcando las posibilidades de vinculación e intercambio de los distintos sectores” (Repetto, F 2009:143). Por ello, los programas que se llevan a cabo desde el hospital, responden a lo impuesto en la agenda de gobierno por actores políticos con recursos de poder.

La dimensión organizativa, es definida por Schlemenson, A (1998) como al sistema de roles interrelacionados, oficialmente sancionados que forman parte del organigrama y de la definición de funciones y responsabilidades.

El Hospital Córdoba como organización a partir del proyecto que sostiene crea cargos y responsabilidades para poder llevarlo a cabo, estas responsabilidades son diferenciales según los distintos roles que componen la organización y pueden verse claramente en el organigrama.

Particularmente desde la División de Trabajo Social existe una diferenciación en cuanto a los roles y funciones como así también en las condiciones de trabajo, ya que hay Trabajadoras/es Sociales en planta permanente, contratados y residentes. La distribución se encuentra determinada según la división de los programas que trabaja cada profesional. También cuentan con un personal administrativo.

Las líneas de acción que se llevan a cabo desde el hospital en su conjunto, cumplen con una serie de características que da respuesta a una serie de procesos de salud-enfermedad, disponiendo de la siguiente complejidad:

-Cardiovascular -Neurológica/Neuroquirúrgica -Nefrológica -Imagenológica-Oftalmológica -Trasplante de órganos.

Por otro lado, desde la División de Trabajo Social las líneas de acción se encuentran relacionadas a los programas que desde el Hospital Córdoba se trabajan, los cuales vienen destinados desde el área de Trabajo Social central del Ministerio de la Provincia de Córdoba.

4.2 De un no-lugar a un lugar

La carrera de Trabajo Social perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Córdoba, tiene un convenio pautado con el Hospital Córdoba estableciendo la participación de estudiantes del quinto año para realizar sus prácticas académicas en el proceso de elaboración de su tesina.

En este marco, a mediados del mes de noviembre del 2015 comenzamos a reconocer el territorio con mayor frecuencia, incorporando reglas formales e informales ajenas a nuestro conocimiento y centrales para comprender la dinámica de esta organización. En donde planteamos a la salud como institución.

Inicialmente, desde la División de Trabajo Social del Hospital se nos planteó el uso de uniforme (chaquetilla) y horarios de prácticas. Estas reglas informales que adoptamos nos fueron estructurando a la dinámica de la organización y siguiendo a Canevari Bledel, C (2011) comprendimos que el uniforme dentro del hospital es una herramienta de poder que genera estatus en quienes ofrecen el servicio, y subordina a quienes no los utilizan. Particularmente, el solo hecho de usar chaquetilla nos otorgó posiciones privilegiadas para por ejemplo ingresar a áreas restringidas o acceder a expedientes.

En los primeros meses de inserción en el campo, y luego de acordar con nuestra referente de prácticas, los horarios y posibilidades de llevar adelante la intervención pre-profesional, decidimos utilizar como instrumento operativo el diagnóstico preliminar planteado por González, C y Nucci, N (2002). Esto nos permitió un primer acercamiento a la definición del problema ya que “(...) un diagnóstico preliminar supone recoger la mayor cantidad de información, con el fin de analizar, evaluar y establecer estrategias de acción a corto plazo” (González, C y Nucci, N 2002:3).

Para el reconocimiento de terreno a nivel general, hospitalario, y a nivel particular, División de Trabajo Social, utilizamos como herramienta de registro el cuaderno de campo. Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron la entrevista, observación, lectura de informes sociales, planillas, reglamentos, y trabajos elaborados por estudiantes de otras cátedras de Trabajo Social.

Desde noviembre de 2015 a mayo de 2016, los primeros pasos principalmente estuvieron marcados por el reconocimiento del lugar y por la definición de un área en la que aplicaríamos una estrategia de intervención. Por ello, entrevistamos a todos los Trabajadores Sociales de la División para conocer qué líneas de acción trabajaban específicamente.

En la División de Trabajo Social presenciamos bajo el rol de observadoras participantes diferentes espacios como la mesa de secretaría, reuniones de equipo, y la elaboración de Informes Sociales que los profesionales desarrollaban en consultorio. En el rol de colaboradoras de la organización, participamos en espacios socioeducativos que nos aportaron herramientas para aumentar la información del terreno. Estas actividades fueron:

- Día mundial de riñón: Evento realizado en el hall central del Hospital el día 10 de marzo de 2016. El carácter principal de la actividad fue de prevención a las enfermedades renales. Se expuso una charla informativa, videos sensibilizadores y entrega de folletería. Una artista plástica realizó un mural referido a la problemática.
- Donación de sangre: Evento llamado “¿Donaste sangre hoy?” bajo el lema “Todos podemos dar vida” realizado el día 20 de abril del 2016. Desde el servicio de Hemoterapia, se articuló con la División de Trabajo Social. El objetivo principal de la actividad fue promover la donación de sangre y aumentar las reservas que tiene el hospital. Para ello muchas personas, incluso nosotras, donaron sangre.
- Día mundial de la donación de sangre: Evento promovido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba en la plaza San Martín de nuestra ciudad el día 14 de junio de 2016. Participaron organizaciones vinculadas al campo de la salud, entre ellos Médicos Unidos, Hospital Córdoba, Hospital San Roque, etc. El objetivo principal fue la promoción de la donación de sangre y su extracción para

reponer las reservas del Banco de sangre. Se montó una carpa en la plaza San Martín, acondicionada a la necesidad del evento con calefacción, camas, sillas, escritorios, alimento para los donantes. Nuestro rol en dicho evento fue de promoción entregando folletería, y asesoramiento.

Recuperamos los aportes de Augé, M (1992) quien plantea que un lugar puede considerarse como lugar de identidad, histórico y relacional, un espacio que no puede definirse como espacio de identidad, ni como histórico ni relacional, se define como no lugar. El Hospital Córdoba pasó a ser de un lugar desconocido, poco transitado, ajeno a nuestro cotidiano, a un espacio que apropiamos, que adoptamos como nuestro.

Esto nos dio posibilidades de conocer detalles para facilitar nuestro proceso de inserción, como el conocimiento de la ubicación de los diferentes servicios, las lógicas internas que se utilizan para realizar una actividad, los nombres de diferentes profesionales, etc. Y también nos alejó de ver detalles, del asombro ante situaciones que antes no tomábamos como cotidianas. Un ejemplo de ello, es el desconcierto que nos causó el trato despectivo de algunos profesionales médicos hacia los demás trabajadores de la salud. El paso del tiempo hizo que, ante la repetición de hechos similares, naturalizáramos la violencia, cuestión que muchas veces nos llevó a repensar esta situación y acordamos por utópico que parezca, con Tobar, F (2002) al decir que:

Lo que realmente garantiza un cambio es el compromiso y el trabajo en equipo. Es que quienes hacen funcionar las instituciones asuman el compromiso común, mantengan códigos de comunicación y de ética. El cambio en el modelo de gestión sólo se logra en equipo. (Tobar, F 2002:5)

Una situación que marcó fuertemente la decisión final hacia el área de intervención pre-profesional, fue el contexto económico, político, social que vivió el país los primeros meses del año 2016. Hecho que pudimos detectar en la observación de la dinámica institucional.

En el mes de diciembre del 2015 asumió en el territorio argentino un nuevo presidente y un plantel político opuesto fuertemente a la gestión anterior. La provincia de Córdoba no estuvo ajena a los efectos que este cambio generó, y en el hospital particularmente experimentamos una consecuencia de las primeras medidas.

Muchos servicios en el hospital ante el reclamo por aumentos de salarios, mayores presupuestos y en defensa de una salud pública de primera calidad, realizaron asambleas y reducían los servicios de atención. Uno de los servicios afectados fue el de cirugía bariátrica. Un área que nos interesó y a la que estuvimos investigando. Pero debido al contexto institucional, no se estaban realizando intervenciones. Por ello, y como resultado del diagnóstico preliminar definimos el área de intervención en el IMAC.

4.3 Instituto Médico de Alta Complejidad (IMAC).

En el Hospital Córdoba los sujetos cuentan con el servicio Nefrología desde el cual se posibilita el trasplante renal y con el servicio del IMAC, cuyas siglas significan Instituto Médico de Alta Complejidad y funciona desde el año 2009, momento en que el Hospital atravesó una etapa de construcción con el objetivo de lograr su ampliación y remodelación. Este brinda la posibilidad del acceso al tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal, cuenta con máquinas que funcionan como equipos de riñones artificiales. En este espacio trabajan diariamente un equipo de profesionales, enfermeros, médicos, nutricionistas, trabajadores sociales, entre otros.

El IMAC, ofrece el tratamiento de Hemodiálisis 120 (ciento veinte) personas aproximadamente, quienes se encuentran asignados en dos grandes grupos en relación a la organización de los días lunes, miércoles y viernes por un lado, martes, jueves y sábados por otro. Cada grupo tiene 3 (tres) turnos: mañana, tarde, tarde-noche y hay dos doctoras encargadas.

El Hospital Córdoba se caracteriza por ser el único prestador de estos servicios en la capital de la provincia, desde el subcampo público de la salud. Pero dentro de éste se realizan derivaciones a sujetos que viven cercanos a otros centros de diálisis privados los cuales son pagados por el Estado.

4.4 Politización del cuidado

Las teorías básicas toman la interpretación de las necesidades de las personas como algo dado, sin problematizar. Fraser, N (1993) piensa desde los diversos discursos sobre estas, lo que denomina la política de interpretación de necesidades.

Es importante comprender que existen distintos discursos sobre las necesidades, tanto las interpretaciones de estas como de sus satisfactores están políticamente en

disputa. Quien interpreta lo hace a la luz de determinados intereses y existen discursos imperantes de grupos sociales dominantes.

Ahora bien ¿se ve al cuidado como una necesidad? Es claro darse cuenta que ante la presencia de un familiar o integrante de una unidad doméstica con una enfermedad crónica se presenta la necesidad del cuidado, el cual como mencionamos anteriormente se encuentra invisibilizado y naturalmente asignado a las mujeres.

Por ende, la necesidad del cuidado ante una enfermedad crónica se encuentra presente, pero no se problematiza su asignación directa a las mujeres del grupo doméstico, lo que entendemos como FEMINIZACIÓN DEL CUIDADO que no se cuestiona la sobrecarga de trabajo que les genera a las mujeres la tarea del cuidado. De allí que consideramos importante problematizar esta situación, lo que Fraser, N (1993) denomina como la lucha por establecer el estatuto político de una sociedad, por validar la necesidad como asunto de legítima preocupación política.

Esto nos permite adentrarnos al objeto de intervención del Trabajo Social, el cual es definido por Aquín, N (1995) como aquel que se sitúa en la delicada intersección entre los procesos de reproducción cotidiana de la existencia, los obstáculos y dificultades que tienen los sectores subalternos para su reproducción y los procesos de distribución secundaria del ingreso.

El fenómeno inmediato no se construye en objeto, éste solo se torna como tal cuando es problematizado por los sujetos que se proponen comprenderlo, modificarlo o redefinirlo, siempre desde una perspectiva, la cual debería estar orientada centralmente por la teoría “(...) que asume la conducción de la problematización de los fenómenos que intervenimos, sin excluir, sino controlando-otras dimensiones, como la ideológica o el conocimiento experiencial” (Aquín, N 1995: 22). Conocer nuestro objeto de intervención es un elemento central de la especificidad del Trabajo Social. De allí la importancia de problematizar la cuestión del cuidado, lo que nos permite delimitar nuestro objeto de intervención como:

“La sobrecarga de trabajo invisibilizado de mujeres cuidadoras de personas con Insuficiencia Renal Crónica que acceden al tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Córdoba”.

La familia es un espacio heterogéneo, cambiante, que no solo cumple con los mandatos sociales ligados a las funciones de procreación y contención afectiva, sino también con la responsabilidad del mantenimiento cotidiano de sus integrantes que diariamente experimentan obstáculos entre lo que González, C, Nucci, N, Crosetto, R, Soldevilla, A y Ortolanis, E (1999) llaman la vinculación entre necesidades/carencias y recursos/satisfactores. Aparecen dificultades en algunos de los momentos o mecanismos de acceso a los recursos o fuentes de obtención, expuestos a continuación:

- Creación u obtención: Supone las tareas de producción de aquellos recursos que las familias-UD no tienen o que tuvieron y perdieron.
- Defensa: Implica todas las actividades que realizan las familias-UD para sostener lo que ya poseen.
- Recreación o reproducción continua: Comprende el aumento o mejoramiento de los recursos ya existentes.
- Administración de los recursos: Ligada a la organización en relación a la distribución del trabajo y responsabilidades asignadas a cada miembro de la familia-UD. Este mecanismo tiene que ver con quienes y en qué momento se va a contribuir al conjunto de actividades ligadas al mantenimiento del grupo.
- Por último, existe otro mecanismo que tiene que ver con las fuentes de obtención, formación y distribución de los medios de satisfacción de necesidades. Esto se relaciona con el esfuerzo propio, las transferencias formales de instituciones reconocidas sean estatales o no estatales y las transferencias informales, basadas en redes de intercambio y ayuda mutua, las cuales se caracterizan por requerir del tiempo de los miembros de las familias-UD.

Se producen interrupciones en el proceso al acceso de los recursos que es vivido por las familias-UD como un obstáculo.

Al no existir un tipo de familia universal y natural, las necesidades se presentan de manera diferente en cada grupo doméstico y a la vez dentro de éste hay distintas percepciones de lo que se considera una necesidad por parte de sus miembros. Esto es así en gran parte, por como los parámetros de género, generación y parentesco moldean la identidad de los sujetos y les proveen un marco de necesidades.

La forma de comprender y analizar las necesidades no es hegemónica, porque siguiendo con lo expuesto por González, C et al. (1999) las necesidades se caracterizan por ser sociales en tanto producidas socialmente e histórico sociales, conocidas como

tales por distintas clases y sectores de clases u otros sectores sociales. A la vez, Heller, A (1979) establece que en la práctica se expresan las necesidades de los sectores hegemónicos como de validez general, no teniendo en cuenta las necesidades concretas de los sectores subalternos.

No podemos pensar las necesidades sin los recursos, que para la autora en nuestras sociedades éstos son asignados y manejados por el mercado. Según González, C et al. (1999) siempre debe estar presente la relación necesidades-recursos-satisfactores, en donde la noción de recurso no restringe, sino que amplía la de satisfactor. Necesidades y recursos que se caracterizan por ser económicos, sociales y culturales en sus dimensiones materiales y no materiales.

Para exponer las necesidades detectadas en nuestro objeto de intervención partiremos del análisis de su dimensión material y no material desde los aportes de Crosetto, R (1998).

- Dimensión material resolutive (capital económico):

En las familias –UD, existen dificultades al acceso de recursos materiales, esto es así por distintos motivos:

- No existen políticas públicas dirigidas a las mujeres cuidadoras, sean estos servicios públicos de cuidado o remuneraciones en dinero. Esta ausencia de recursos provoca mayor sobrecarga de trabajo para las familias-UD en donde las responsabilidades recaen principalmente en quienes cumplen el rol de cuidadores/as.
- Desocupación: Las personas que acceden al tratamiento de Hemodiálisis son discriminadas laboralmente. En nuestro paso por el IMAC, los sujetos expresaron que vivieron situaciones de discriminación laboral, en las que buscaron trabajo, pero cuando el empleador se informa que acceden al tratamiento no los contratan.

A la vez sus cuidadoras también son ignoradas y no consiguen trabajo por distintos motivos, entre estos se encuentran la sobre carga de actividades que deben desempeñar en sus hogares en tareas domésticas y de cuidado, por los niveles de estudios alcanzados como así también la discriminación que atraviesan por su lugar de residencia.

Estas dificultades al acceso de recursos materiales imposibilitan que estas familias-UD accedan a viviendas con condiciones mínimas necesarias de habitabilidad para un trasplante, como obtener los alimentos que integran la dieta que deben realizar tanto las personas que acceden al tratamiento de Hemodiálisis como quienes ya se trasplantaron.

- Dimensión organizativa (capital social):

Cuando comenzamos a tener contacto con las cuidadoras de las personas que acceden al tratamiento de Hemodiálisis o que ya fueron trasplantadas notamos la necesidad que las mujeres tenían de agruparse y de contar con redes de apoyo. Es decir, percibíamos la necesidad de nuevas relaciones, de la agrupación entre pares que están atravesando la misma situación, donde se puedan compartir las experiencias vividas cotidianamente. En un principio éste funcionaría como espacio de catarsis, para que en un futuro se convierta en uno de debate y de bolsa de recursos sociales simbólicos y materiales que colaboren con el cuidador y sus propias necesidades.

- Dimensión educativa (capital cultural-simbólico):

Por medio del diagnóstico realizado visualizamos la necesidad de trabajar con las representaciones y saberes de las personas que acceden al tratamiento de Hemodiálisis y sus familias-UD. Representaciones en torno a:

- La familia como un espacio democrático.
- Desnaturalización de la feminización de los cuidados.
- Valorización de las tareas de cuidado, desvalorizadas hasta por las propias cuidadoras.
- La importancia de visibilizar al cuidado como un trabajo.
- A la vez identificamos la necesidad de acceso a información en torno a:
 - i) El acceso a un derecho por medio de la Ley (26.928/2015).
 - ii) El trasplante desde la promoción a la incorporación en lista de espera.

Pero como mencionamos anteriormente no podemos hablar de necesidades sin exponer sobre los recursos:

- La vivienda, recurso material tan importante tanto para quienes atravesaron el trasplante o los que se encuentran en proceso de ser trasplantados comprende un

recurso para necesidades económicas, pero también culturales y sociales en relación al sentido de pertenencia y la creación de nuevas relaciones vecinales.

- El trabajo también satisface necesidades económicas, pero también sociales en tanto ofrece la posibilidad de entablar relaciones laborales y otorga un sentido de participación en el mercado laboral, lo que provoca el sentir de la autorrealización o realización personal.
- La formación de un grupo de apoyo es un recurso social que satisface la necesidad de pertenencia y conformación de espacios para pares, pero también es un recurso cultural porque posibilita el intercambio de experiencias e información pertinente para sus vidas cotidianas.
- El acceso a la credencial que emite la ley (26.928/2015) comprende un recurso que satisface necesidades económicas, pero también simbólicas al posibilitar que el sujeto sea nombrado como persona trasplantada o en proceso de trasplante y no como discapacitada. Esto no quiere decir que se le otorgue una connotación negativa a la discapacidad, sino que este cambio en la forma de nombrar favorece a la identificación de la situación por la que los sujetos atraviesan.

Para trabajar con las necesidades materiales y no materiales de nuestro objeto de intervención propusimos dos líneas de acción que se expondrán más adelante.

A partir de la delimitación de nuestro objeto, siguiendo a Aquín, N (1996) consideramos importante posicionarnos desde una idea de intervención fundada, no indiscriminada. No debemos referirnos a un solo modo particular de hacer sino de VER, en donde los procesos de flexibilidad son constitutivos y de vital importancia. Nadie se salva de pensar estas formas de ver si quiere hacer intervención “(...) porque nuestra profesión está puesta en el desafío de la INTERVENCIÓN SOCIAL” (Aquín, N 1996: 4) desafío que no solo remite al cómo sino al por qué.

Intervenir, no es un mero hacer, no es una actividad o varias actividades, ésta es el horizonte donde se juegan las miradas epistemológicas y de la teoría social, en donde, es necesario que en cada situación se logre construir una matriz de análisis e interpretación desde estas miradas, para lograr comprender con mayor profundidad la complejidad social que abordamos, ya que la manera en que interpretamos el fenómeno, los caminos de intervención y estrategias, serán diferentes. Aquín, N (1996) expone que es necesario

desarrollar la capacidad de pregunta permanente que nos ayude a orientarnos a la búsqueda de la explicación de los fenómenos y las posibilidades como así también los límites de la intervención.

De allí comenzar interrogándonos acerca de la intervención profesional al momento de pensar una estrategia de intervención, para que esta se encuentre fundada teóricamente.

Por otro lado, nos parece importante plantear las funciones del Trabajo Social, Crosetto, R (1998) expresa que las funciones refieren a la injerencia real de la intervención en la modificación o redefinición de dichos problemas en donde según cuál de estos se aborde, las políticas y estrategias institucionales como así también la experiencia y puntos de vista de los agentes determinaran funciones primordiales y otras secundarias. Por ende, expondremos aquellas pertinentes a nuestra intervención pre-profesional, tomando los aportes de Aquín, N (2009) quien plantea una serie de funciones, que llevábamos a cabo según nuestros objetivos:

- La gestión social, en donde el Trabajador Social interviene en la construcción y dirección de las estrategias y selección de recursos, asumiendo un papel directo en la intervención del proceso, no desde el rol de simple operador ya que tiene el espacio complejo de decisiones en torno a la política social, planificación social, programas sociales, servicios sociales y proyectos sociales inmersos en las estructuras sociales e institucionales.

Esta función se encuentra relacionada con los conceptos aportados por González, C (2001) por un lado el de cogestión en donde el diligenciamiento de recursos se realiza de manera conjunta entre los sujetos y el profesional, estableciendo acuerdos sobre lo que es necesario hacer, como, quien y en qué momento. Y por otro lado el concepto de autogestión, la cual supone el accionar de los sujetos desde el esfuerzo propio con la supervisión del profesional.

- La educación social, en donde el Trabajador Social cumple la función de educador desde la generación de espacios que posibiliten la circulación de conocimientos desde un lenguaje accesible, de manera de construir capitales culturales. La promoción de procesos educativos tiene incidencia directa en la conciencia y comportamiento de las personas, en relación a asuntos de interés social. Es pertinente llevar a cabo esta función desde una perspectiva integradora

y que los contenidos educativos sean construidos de acuerdo a las necesidades, proyecciones y expectativas.

- La promoción social, como proceso mediante el cual se movilizan y tensionan fuerzas sociales en función de intereses sociales específicos, con el fin de lograr participación en los procesos sociales concretos. Esta función contribuye a crear conciencia pública y reconocimiento legitimado del problema público, para que los distintos actores de la sociedad lo reconozcan como tal y a la vez asuman responsabilidad.
- La organización social, que constituye distintas modalidades de fortalecimiento organizacional y orienta a la construcción de relaciones intergrupales, comunales y/o institucionales.

Otra función y/o procedimiento es la dilucidación, siguiendo a González, C (2001) esta implica la problematización y esclarecimiento de una situación desde el saber mutuo. Estas funciones según Crosetto, R (1998) se llevan a cabo por medio de una acción planificada, ordenada y coordinada.

4.5 Modos de hacer y ver

Una vez que el IMAC se constituyó en nuestro espacio de intervención, consideramos pertinente relacionar las temáticas de Hemodiálisis y Trasplante Renal, lo que nos posibilitó delimitar la población con la que íbamos a trabajar.

Si bien ambas temáticas incluyen a todas las personas que tienen Insuficiencia Renal Crónica y acceden a los tratamientos de Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis optamos por centrarnos en este último, ya que los sujetos que acceden a este tratamiento son los que se dirigen al Hospital Córdoba con mayor frecuencia porque éste funciona como su centro de diálisis, a la vez son personas que viven dentro de Córdoba Capital a diferencia de diálisis Peritoneal que en su mayoría viven en el interior de la provincia. Fueron estos los criterios que tomamos en cuenta para considerar que eran una población viable de trabajar.

Por ende, los sujetos con los que trabajamos fueron todas aquellas personas que accedían al tratamiento de Hemodiálisis y se encontraban en lista de espera para Trasplante Renal.

Una vez delimitada la población, nos planteamos los objetivos pertinentes a nuestra intervención ya que consideramos relevantes los aportes de distintas autoras que nos indican la importancia de su planteamiento. Por un lado, González, C (2001) nos explica que no hay ninguna actividad o acción, consciente o espontánea que no se encuentre dirigida hacia el logro de algún propósito. Y por otro lado Crosetto, R (1998) expresa que los objetivos nos indican qué se pretende lograr a través de nuestra intervención, es decir que aspectos intenta modificar o redefinir.

Consideramos que los objetivos comprenden una parte fundamental de nuestra intervención, sumamente necesarios para poder seguir una dirección, en donde, es pertinente tener en cuenta siguiendo a González, C (2001) que estos son jerarquizables, flexibles y factibles a la modificación según la evolución de los acontecimientos.

Nuestros objetivos se desprenden del problema objeto de intervención. De allí que los objetivos planteados son:

Objetivo General: Fortalecer las estrategias más democráticas de las familias-UD para el cuidado de sus miembros en tratamiento de Hemodiálisis y en lista de espera para Trasplante Renal en el Hospital Córdoba.

Objetivos específicos:

- 1) Identificar a las personas que se dializan y están en lista de trasplante en el Hospital Córdoba.
- 2) Caracterizar las estrategias de reproducción de acuerdo a las diferentes necesidades y recursos que se presentan en las familias-UD.
- 3) Apoyar las intervenciones de la División de Trabajo Social en el área Hemodiálisis y Trasplante Renal.
- 4) Construir un dispositivo interinstitucional de intervención que permita la difusión de la Ley del Sistema de Protección Integral para personas trasplantadas y en lista de espera (26.928/2015), y el acceso a la credencial que ésta contempla.
- 5) Promover la formación, y consolidación de un grupo, espacio de contención destinado a cuidadores/as.

Inicio del proceso

Cuando realizamos la delimitación de la población a personas que acceden al tratamiento de Hemodiálisis, buscamos tanto en el Servicio de Nefrología como en el IMAC los nombres y datos personales de quienes se encontraban inscriptos en la lista de espera de Trasplante Renal.

Posteriormente buscamos en la División de Trabajo Social sus respectivos informes sociales, en donde notamos que al ser una población que no es estática y que cambia a lo largo del tiempo faltaban varios de estos. Por lo tanto, nos pareció pertinente plantear en la División la posibilidad de realizar nuevamente todos los informes sociales con la finalidad de tener nuestro primer acercamiento con los sujetos y a la vez dejarlos como un aporte al servicio.³

Consideramos que, en este momento del proceso de intervención dejamos de tener un diagnóstico preliminar y pasamos a un diagnóstico propiamente dicho encontrarnos con mayor información y precisión en las interpretaciones. Al decir González, C (2002) por el grado de certeza en la definición de problemas y situaciones.

Al realizar los informes correspondientes, nos acercábamos a los sujetos presentándonos y explicitando nuestros objetivos. Los completábamos no desde una secuencia pregunta-respuesta sino intentando generar un diálogo en donde los sujetos pudieran expresarse en mayor profundidad. Nos centrábamos específicamente en la pregunta sobre cuidadores/as, tratando que se ampliara sobre este tema. A la vez les preguntábamos si conocían de la Ley del Sistema de Protección Integral para personas trasplantadas y en lista de espera (26.928/2015).

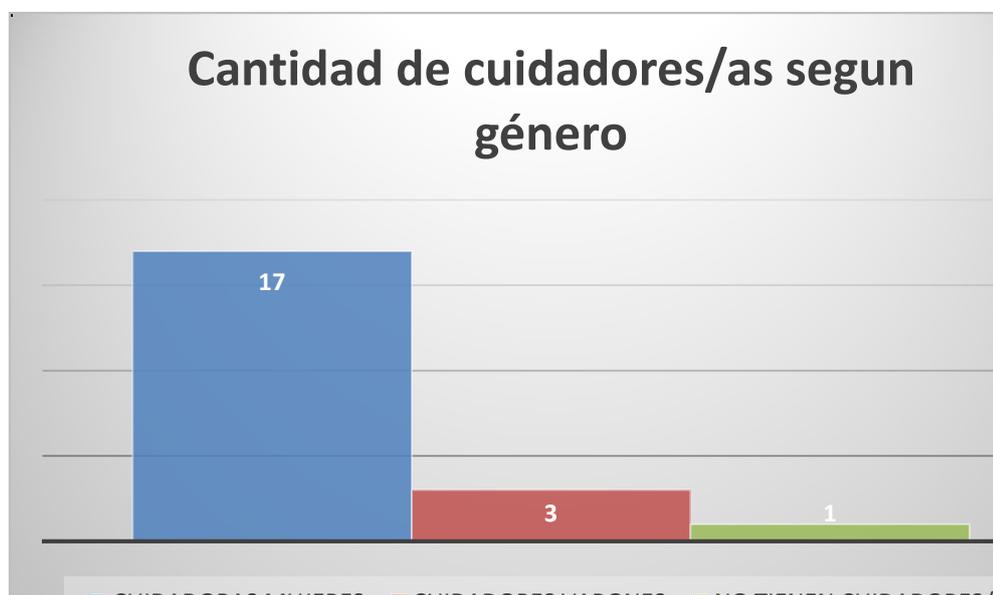
Ante los resultados que obtuvimos en 22 (veintidós) entrevistas realizamos las siguientes observaciones:

- El 100% de las personas entrevistadas en lista de espera para Trasplante Renal en el IMAC no conocían sobre la Ley de protección integral para personas trasplantadas y en lista de espera (26.928/2015). Expresaban que nadie les había comentado sobre esta ley como tampoco de la credencial que por medio de ésta se puede gestionar.

³ Aceptaron nuestra propuesta con la aclaración de que no completáramos la última hoja en la cual se presentan las valoraciones profesionales.



- Todas las personas entrevistadas mencionaban por lo menos a un cuidador/a, que en su mayoría eran mujeres.



- El 100% de la población entrevistada reside barrios de Córdoba Capital.

Para desarrollar nuestras líneas de acción, llevamos a cabo distintos procedimientos que, siguiendo a González, C (2001) refieren a un modo de obrar, tienen que ver con modalidades de acción, suponen un curso, una forma de desarrollar acciones profesionales. Por otro lado, se encuentran técnicas, tales como la interpretación, análisis, entrevista, observación. Los instrumentos operativos como el diagnóstico social, planificación y evaluación abarcan a las técnicas y a su vez son abarcados por los procedimientos.

Utilizamos la técnica de la observación la cual siguiendo a Ander-Egg, E (1995) es una “(...) técnica de recopilación de datos y de captación de la realidad socio-cultural de una comunidad o, de un grupo social determinado” (Ander-Egg, E 1995:197). Entendemos que no se reduce a mirar las cosas, sino que es necesario previamente definir objetivos, definir un marco teórico referencial, tener en claro los aspectos que se pretenden investigar, y registrar por escrito todo lo observado, para ello utilizamos el cuaderno de campo.

Cuando identificamos la problemática, la observación nos permitió dilucidar y delimitar las líneas de acción comprendidas en nuestra estrategia de intervención. En un primer momento observamos desde el espacio del IMAC su dinámica, también su articulación con la División de Trabajo Social y en que consta el tratamiento de Hemodiálisis. A la vez observamos cómo funciona el Servicio de Nefrología en su conjunto.

Entrevistamos a:

- A los profesionales del IMAC como así también del Servicio de Nefrología en su conjunto (médicos, enfermeros, administrativos).
- Las personas que acceden al Tratamiento de Hemodiálisis y que se encuentran en lista de espera de Trasplante Renal, como mencionamos anteriormente desde la realización de los informes sociales.
- Luego elegimos especificar los criterios de selección o inventarlos 4 familias-UD de la lista de pacientes en espera, para entrevistar a sus cuidadoras. El criterio de su elección, fue la predisposición de los sujetos, lo que nos permitió conformar un grupo focal con diversidad de edades, género y procedencia, lo que es necesario al ser un trabajo de intervención. La predisposición de las familias-UD nos pareció un aspecto clave, teniendo en cuenta las características del tratamiento, no pretendíamos generar una sobrecarga en las cuidadoras.

En los tres momentos realizamos entrevistas entendiéndola desde los aportes de Guber, R (2001) como una relación social de manera que los datos que provee el entrevistado son la realidad que éste construye con el entrevistador en el encuentro. Siguiendo a Ander-Egg, E (1995) aplicamos entrevistas estructuradas, realizadas en base a una serie de preguntas establecidas con anterioridad, estandarizadas, y siguiendo

un orden. El lenguaje fue comprensible a los entrevistados.

También aplicamos entrevistas no estructuradas o informales entendiendo que éstas se basan en preguntas abiertas que el entrevistado responde dentro de una conversación. Fueron llevadas a cabo en base al procedimiento de asociación libre y atención flotante como un modo de escuchar en donde se privilegiaron temas en relación al proceso de salud enfermedad.

Uno de los elementos importantes a tener en cuenta por Ander-Egg, E (1995) es el lugar en donde se desarrolla la entrevista. Éste debe propiciar un ambiente confiable para su desarrollo. A lo largo de nuestras intervenciones, desarrollamos entrevistas en el ámbito hospitalario y en el domicilio de las personas que acceden al tratamiento de Hemodiálisis. Pudimos dar cuenta de la importancia del lugar a la hora de realizarlas.

Los resultados obtenidos de las entrevistas en domicilio expresaron una amplia diferencia, permitiéndonos conocer con mayor profundidad algunos aspectos de su historia familiar, sus inquietudes, miedos y certezas.

En algunas entrevistas, abordamos lo expuesto por González, J (1995) sobre la historia de la familia. Trabajar con la historia familiar es una labor que tanto el investigador como los miembros de la familia suelen apreciar, ya que pone en juego la totalidad que es siempre selectiva y evaluativa de la riqueza de sus recuerdos.

Si bien el autor en sus palabras parte desde la labor de un investigador, nuestro trabajo no se establece en el marco de la investigación, pero consideramos importante sus aportes para lograr acercarnos a las familias, en donde el relato de vida y particularmente la trayectoria sanitaria sea parte de nuestra estrategia.

Por otro lado, utilizamos también la técnica de registro en nuestro cuaderno de campo ya que según Fuentes, P (2001) el registro es una técnica que tiene como objetivo recuperar la percepción de quien registra y permite documentar información que ha sido obtenida por medio de la observación y entrevista.

La lectura analítica de los registros nos permiten direccionar o re direccionar la intervención para “(...) captar nudos problemáticos en torno de los cuales podemos configurar líneas de indagación y acción” (Fuentes, P 2001: 3).

Entendemos que el registro no es un acto inocente, ni una mera descripción sino que siguiendo a Carballeda, A (2000) es un constructor de verdades, lo que para Fuentes, P (2001) implica una problematización de las percepciones.

Al utilizar estas técnicas, se produce un análisis e interpretación de la información, lo que Giddens, A (1995) denomina hermenéutica doble, la cual comprende la intersección de dos marcos de sentidos, por un lado el de los actores legos, desde su sentido común, y por otro, el de los especialistas desde sus meta lenguajes. Esto genera un deslizamiento entre un marco y otro constituyéndose en un aspecto inherente a la práctica de las ciencias sociales.

A la vez la evaluación aparece como un componente dinámico de todo el proceso de intervención con vida propia, y a su vez como una etapa más del proceso de intervención. Para Pichardo Muñis, A (1997), como etapa supone un balance para determinar la necesidad y conveniencia de introducir acciones en el proceso de toma de decisiones surgidas a partir de la realización de actividades de evaluación. Y como componente del proceso implica una actitud de permanente vigilancia sobre el transcurrir de éste.

La evaluación como componente y como etapa nos permitió volver a repensar el antes y el después de cada actividad planificada, lo que Pinealut, R y Daveluy, C (1995) llama *ex antes* y *ex post*. La primera refiere a la viabilidad, a las posibilidades reales de realizar las diferentes acciones para alcanzar los objetivos deseados. La segunda interviene durante y en el fin del proceso de planificación, provee información de la ejecución, y efectos de la puesta en marcha.

La evaluación *ex antes* nos permitió determinar las fortalezas y debilidades de cada actividad, una vez identificadas tratábamos de transformar aquellas que se podrían convertir en posibles obstáculos pensando en posibles alternativas de solución. En la evaluación *ex post*, identificamos los errores y aciertos de la ejecución de cada actividad contemplada en nuestras líneas de acción.

La evaluación como técnica, nos permitió identificar si las actividades planificadas, cumplieron los objetivos propuestos.

En definitiva, los dos últimos objetivos se convirtieron en dos líneas de acción que presentaremos como proyectos particulares e intercomunicados bajo el abrigo del mismo paraguas.

4.6 Niveles de abordaje

Abordaje familiar

Anteriormente, en el capítulo 2 (Dos) se expuso de forma genérica como conceptualizamos la familia-UD. En este apartado retomaremos este concepto, pero no desde una descripción teórica sino desde un análisis pertinente. Por ende, hablaremos de familia no de manera general sino como uno de los niveles de abordaje en nuestra intervención.

El nivel de abordaje familiar o Trabajo Social con familias, se orienta a la resolución de los obstáculos que en la vida cotidiana se le presentan a los individuos en cuanto son miembros de un grupo doméstico, teniendo en cuenta que también forman parte de organizaciones sociales más amplias. Nucci, N (2014) establece que la familia es uno de los agrupamientos, cuya estructura, función social y composición han experimentado transformaciones significativas y más allá del tiempo en que los individuos transcurran en ella, sigue cargando el imperativo social de reproducir a sus miembros tanto biológica, cotidiana como socialmente.

La familia a la vez es un sujeto colectivo conformado por individuos que se encuentran vinculados entre sí, según los patrones de género, generación, parentesco y la posición en la estructura social. Puede ser comprendida como organización y espacio social. Nucci, N (2014) de esta forma plantea que la familia es “(...) sujeto a quien se presentan obstáculos en los procesos de acceso a recursos para la satisfacción de necesidades sociales que se relacionan con crear, mantener y administrar sus capitales económico, social y cultural en el espacio de la vida cotidiana” (Nucci, N 2014:3). De esta forma es importante identificar a la familia como nivel de abordaje o de intervención lo cual implica su reconocimiento como sujeto social y como sujeto de intervención.

Abordaje grupal

Consideramos pertinente plantear a continuación aspectos teóricos que expresan nuestro posicionamiento en relación al trabajo con grupos y el rol de coordinadoras al que adherimos.

Trabajar con la modalidad de grupos operativos para García, D (2008) implica romper con los estereotipos, desde la propuesta de un aprendizaje mutuo entre quienes coordinan las actividades y los receptores, comprendiéndolos no como meros receptores

pasivos del aprendizaje sino como protagonistas participantes, que poseen potencialidades que las pueden expresar a través de dinámicas que incentiven un clima de libertad.

Partimos de una concepción del aprendizaje como proceso de apropiación de la realidad, en donde aprender no es solo la acumulación de información o contenidos, sino el manejo de los conocimientos como instrumentos para transformar la realidad actuando e indagando sobre ella.

De allí la importancia de entender al proceso como la acción en el tiempo, donde se van logrando cambios de conducta en el sujeto y a la apropiación de no perder contacto con la realidad ya que en ese trayecto se tienen en cuenta sucesivas aproximaciones a la realidad, mediante avances y retrocesos que conforman una espiral dialéctica donde es posible producir saltos cualitativos.

Desde el trabajo en grupos es importante dar cuenta del concepto de sujeto social, como protagonista de su propio aprendizaje, pensando en el compromiso que adquiere, el cual se vincula con sus condiciones concretas de existencia, su contradicción interna entre necesidad, satisfacción y las interrelaciones con otros. Todo esto apoyado en base a sus matrices de aprendizajes, definidas por Quiroga, A (1995 citada en García, D 2008) como la forma en la que cada sujeto organiza y significa el universo de su experiencia y el universo de su conocimiento. Matrices que influyen en el proceso para ratificar o rectificar conductas estereotipadas.

Siguiendo con lo establecido, consideramos que es importante asumir en cada actividad un rol de coordinadoras acompañante-copensor/a o democrático/a. Desde este rol se organiza, se es firme no siendo autoritario, se confía en las posibilidades del otro. La tarea del coordinador es complementaria al grupo y usa palabras tales como vos podés, probá, inténtalo.

Desde este rol de coordinadoras se pretendió:

- Dejar hablar a los sujetos, escuchar sus inquietudes
- Devolver las preguntas y generar otras
- Integrar
- Promover acuerdo
- Rescatar lo importante

- Lograr que todos los integrantes del grupo se sientan bien, formando parte de la actividad.
- Orientar, conducir, entre otros.

A la vez consideramos pertinente utilizar:

- Informaciones: Cobró central relevancia en la actividad ya que fue motivo central de su realización. La información aclara errores conceptuales.
- Interrogaciones: En tanto formulación de preguntas que orientaron al grupo hacia el tratamiento pertinente de la temática.
- Señalamientos: Estableciendo relaciones entre hechos que el grupo no pudo relacionar a lo largo del discurso grupal, a través de afirmaciones, sugerencias o preguntas que llevaron a una reflexión.
- Interpretaciones: Desde la lectura de los aspectos latentes de una situación grupal, teniendo respeto hacia el otro/a.
- Silencios: Se pudieron utilizar ante situaciones de bloqueo o para vencer mecanismos defensivos.

Abordaje institucional

Consideramos que las actividades desarrolladas en la organización causaron un impacto por lo menos cualitativo, no solo en los sujetos con los que trabajamos sino también en los trabajadores del hospital. Por ende, es relevante analizarlos para que de esta forma logremos escuchar a las instituciones, así como lo plantea Kaminsky, G (1990) “Todo habla en las instituciones en la medida en que lo sepamos escuchar” (Kaminsky, G ,1990:30).

Nos parece significativo plantear un análisis reflexivo del impacto que generó esta actividad en los trabajadores del Hospital Córdoba, principalmente en la División de Trabajo Social y Nefrología, por lo que plantearemos una serie de analizadores con sus correspondientes llaves de lectura.

Los analizadores nos permitirán descomponer la realidad. Lapassade, G (1999) expresa que la descomposición es exactamente la definición de análisis. De esta forma los analistas logran encontrar el sentido oculto siendo el analizador un intermediario entre el analista y la realidad.

Sacar lo oculto, poniendo a la luz es trascender la pantalla, es desnaturalizar y problematizar aquellas cuestiones que se imponen como rutinarias, naturales, cotidianas.

Es desde la popularización del análisis que se puede lograr un trabajo reflexivo. De allí la importancia del analista quien desde su análisis puede invitar a reflexionar y cuestionar las problemáticas organizacionales.

Para identificar los analizadores utilizamos una serie de llaves de lectura expuestas a continuación, las cuales según Seguíer, M (1976) se constituyen en pistas de búsqueda, preguntas a hacerse, puntos de referencia que nos dan luz sobre las cosas que no se dicen, sobre las ambigüedades institucionales.

- Analizador: Conocimiento de la normativa

Llaves de lectura:

- Los profesionales de la salud del Hospital Córdoba no tenían conocimiento de esta ley.
- En una Jornada de Trasplante realizada en el Hospital Córdoba en la cual participaron profesionales de los distintos Servicios y/o Divisiones, no expusieron ni comentaron sobre la ley, siendo que está destinada a todos los tipos de trasplante de los que se presentaron en la jornada.
- En la junta de trasplante que se desarrolla semanalmente solo la jefa de la División de Trabajo Social conocía la ley, el resto de los profesionales no sabían de su existencia.

Cuando nos referimos a una falta de conocimiento, lo hacemos pensando en la importancia de que los profesionales se apropien de los contenidos de la ley para de esta forma transmitirlos a los sujetos. En todo momento la División de Trabajo Social se diferenció del resto de los servicios por ser quienes tenían conocimiento de la ley, pero sin un canal de difusión que permita a los sujetos acceder a la credencial. Esto nos interpeló por lo que consideramos importante crear este canal por medio de las actividades informativas.

Una vez concluida esta primera línea de acción, la información no solo fue destinada a los sujetos, sino que indirectamente se la proporcionó también a los profesionales.

- Analizador: Canales establecidos con otras organizaciones

Llaves de lectura:

- Dificultades que percibimos en la coordinación entre dos organizaciones que trabajan la misma área.
- Impacto que generaba el encuentro entre los profesionales de ambas organizaciones.
- Más allá de las diferencias, los profesionales participaron conjuntamente de la actividad.
- Existió un trabajo reflexivo, no hubo resistencia al análisis, lo que posibilitó la realización de las charlas informativas.
- La División de Trabajo Social se comprometió a seguir adelante con el mecanismo de gestión de las credenciales construido desde el trabajo conjunto con la jefa de la división.
- Se realizaron comentarios de la repercusión que tuvo la actividad en los profesionales de otros servicios.

Por medio de la observación y el registro en nuestro cuaderno de campo, se pudo notar el impacto que tuvo en la División de Trabajo Social, la propuesta de la actividad coordinada con el E.Co.D.A.I.C.

La coordinación era necesaria ya que los sujetos que acceden al tratamiento de Hemodiálisis en el Hospital Córdoba, pasan 12 (doce) horas semanales dentro de éste, sin contar el tiempo de traslado del transporte. Además, el mismo tratamiento les provoca síntomas que afectan su vida cotidiana (desgano, falta de energía, sueño). A la vez, la mayoría se moviliza en transporte urbano al momento de tener que realizar algún trámite o gestión y ante su diagnóstico delegan esta responsabilidad a sus cuidadores/as quienes se encuentran generalmente sobrecargados de actividades.

Todos estos aspectos hacen que sea dificultoso trasladarse hasta el E. Co. D.A.I.C para realizar el trámite correspondiente a la gestión de la credencial. De allí que consideramos significativo articular ambas organizaciones, para facilitar a los sujetos el acceso a un derecho.

Sostuvimos la importancia de la articulación para que los sujetos pudieran acceder a la credencial emitida por la ley, pero ignoramos la historia relacional entre los

profesionales de ambas organizaciones, por lo que nos parecen significativos los aportes de Seguíer, M (1976) quien ve al analizador como fruto del pasado que surge en el presente. Esta experiencia nos permitió aprender la importancia de conocer la historia antes de elaborar una propuesta de intervención, para poder exponerla desde otra dirección, contemplando estos aspectos imprevistos. Es decir, hay cuestiones que como agentes externos desconocemos y al momento de la estrategia salen a la luz, son cuestiones ocultas y difíciles de expresar dentro de la organización. El analizador aparece aquí como un revelador de la estructura, que ilumina las contradicciones y las incoherencias.

Notamos que frente a la exposición implícita de estos analizadores en la División de Trabajo Social, los profesionales respondieron sin resistencia al análisis, es decir siguiendo a Lapassade, G (1999) no se opusieron a realizar un análisis colectivo, lo que posibilitó tener su autorización de realizar las charlas informativas. Además, no solo nos autorizaron también participaron y formaron parte de esta actividad.

Con la jefa de la División de Trabajo Social se creó un mecanismo de trabajo para la gestión de las credenciales. Éste consistió en juntar las fotocopias de DNI en la secretaría del IMAC para que de allí el transporte del hospital las traslade al E. Co. D.A.I.C. Este mecanismo fue apropiado por los sujetos quienes manifestaban la importancia de que continuara vigente. Presentamos la posibilidad de su continuidad y hubo una respuesta positiva por parte de la división.

- Analizador: Igualdad en el acceso a un derecho

Llaves de lectura:

- La jefa de la División de Trabajo Social estableció como condición a la actividad, que se realizara por igual en los tres turnos.
- Los sujetos que acceden al tratamiento de Hemodiálisis en el tercer turno expresaban que se sentían olvidados y desplazados de los servicios que brinda el Hospital.
- Cuando se realizaron las charlas informativas, las destinadas al tercer turno marcaron la diferencia en relación a la predisposición e interés que expresaban los sujetos en la participación, opinión y atención de todo lo trabajado e informado en estas. Esto también se pudo notar en la realización

de las técnicas grupales, fue el turno que expresó mayor actitud ante cada actividad propuesta. En sus propias palabras esto se debía a que se encontraban sorprendidos y agradecidos de que se los tenga en cuenta.

- Percepciones de los profesionales hacia los sujetos que se dializan en el tercer turno como los: “demandantes” “pasivos” “rebeldes” “complicados” “de mejor estado de salud”. Si bien esta concepción de sujeto generalmente se encontraba dirigida a la totalidad de los sujetos que acceden al tratamiento de Hemodiálisis, se intensificaba cuando se referían al tercer turno.

En base a estas llaves de lectura denominamos este analizador como la igualdad en el acceso a un derecho, ya que nos parece pertinente desde el análisis cuestionar que los servicios del Hospital Córdoba no sean dirigidos por igual a los tres turnos. De allí que nos pareció sumamente significativo que la jefa de la División de Trabajo Social haya impuesto como condición que la puesta en marcha de la actividad, que se diera por igual a los tres turnos.

Desde nuestro trabajo reflexivo no pretendimos provocar un cambio de una manera como lo expresa Seguí, M (1976) voluntarista o manipuladora, sino elucidar el cambio, sabiendo que no estaremos en la organización permanentemente, para asumir las consecuencias de las decisiones de la vida diaria y no intervenimos en los momentos de toma de decisión, es decir como analistas somos agentes externos. Pero el autor expone que si es necesario explicitar cual es nuestra percepción de las contradicciones que se muestran como más evidentes.

Esto no implica realizar una crítica sin sentido, todo lo contrario, los analizadores ayudan a expresar los elementos determinantes de cada situación, lo que posibilita eliminar incoherencias, que si bien son comunes en las organizaciones, es importante descubrirlas. De esta forma es necesario que estos analizadores sean reconocidos y provoquen la reflexión para que funcionen según lo expuesto por Seguí, M (1976) como un catalizador de transformación y de creación.

4.7 Difusión de la Ley del Sistema de Protección Integral para personas trasplantadas y en lista de espera (26.928/2015)

Esta línea se desprende a la operacionalización del objetivo:

- Construir un dispositivo interinstitucional de intervención que permita la difusión de la Ley del Sistema de Protección Integral para personas trasplantadas o en lista de espera (26.928/2015) y el acceso a la credencial que esta contempla.

Específicamente planteamos como objetivo en esta actividad:

- Difundir la Ley del Sistema de Protección Integral para personas trasplantadas y en lista de espera (26.928/2015) aportar a su aplicación y acceso a sus prestaciones.

Para ello realizamos:

1) Primer acercamiento de información a personas que adhieren al tratamiento de diálisis en el IMAC

Desde el diagnóstico realizado al elaborar los Informes Sociales pudimos detectar que ninguna persona conocía la Ley (26.928/2015). Por ende, nos pusimos en contacto con un Trabajador Social y una estudiante que realizaba su pasantía en el Área Social del E.Co.D.A.I.C. Acordamos una reunión para el día 25 de agosto de 2016 a las 10:30 AM en su lugar de trabajo.

Les consultamos si la ley estaba vigente y si existía la posibilidad de gestionar las credenciales desde la División de Trabajo Social del Hospital Córdoba en el marco de una charla informativa a las personas del IMAC. Ellos accedieron al pedido con el único requisito de presentar la copia de DNI de la persona que decida tramitarla por este medio.

Luego de informarnos cómo funciona la Ley (26.928/2015) en la provincia de Córdoba aceptaron nuestra propuesta y nos invitaron a participar de una capacitación sobre la ley que se desarrolló en el Ministerio de Salud de la provincia el 15 de septiembre de 2016 a las 10:00 AM.

Al finalizar esta capacitación acordamos en realizar una reunión el día 22 de septiembre de 2016 a las 9:30 AM en la División de Trabajo Social del Hospital Córdoba para acordar los días, horarios y metodología de las charlas informativas.

En la reunión que se llevó a cabo con los profesionales del E.Co.D.A.I.C y las Trabajadoras Sociales encargadas de las áreas de Hemodiálisis y Trasplante del hospital, el día 22 de septiembre de 2016 en la División de Trabajo Social se estableció dar

charlas informativas de la Ley (26.928/2015) a todos los turnos de diálisis en el IMAC. Para ello se organizó que los días 24 y 25 de octubre se darían dos charlas informativas cada día, reuniendo el primer y segundo turno al medio día y por otra parte el tercer turno por la tarde.

Las charlas no debían superar los 20 minutos de exposición ya que los asistentes debían entrar a tratamiento o ir con el transporte.

De allí diseñamos cartas personalizadas a todas las personas adheridas al tratamiento de Hemodiálisis en el IMAC e inscriptas en Lista de Espera para Trasplante Renal, con el objetivo de comunicarles aspectos atinentes a la Ley (26.928/2015), haciendo hincapié en la credencial que ésta contempla. Para esto, solicitamos la fotocopia de DNI como único requisito para su gestión.

Vemos a la ley desde los aportes de Reppeto, F (2009) como una institución ya que está compuesta por un conjunto de reglas formales e informales que se ponen en funcionamiento para procesar y priorizar los problemas sociales y a la vez decidir el contenido y dinámica de las políticas sociales.

El reglamento de la ley contiene las reglas formales que van a influir en el accionar de los actores involucrados y consideramos una regla informal el trabajo que realizamos conjuntamente con la jefa de la División de Trabajo Social al establecer un dispositivo en el servicio para llevar adelante el trámite de las credenciales. Acordamos que las fotocopias de DNI fuesen receptadas y archivadas en una carpeta bajo el rótulo FOTOCOPIAS DE DNI por la Secretaria de las oficinas de P.R.O.F.E ubicada en el IMAC.

Una vez recolectadas la mayor cantidad de fotocopias, las colocamos en un sobre para que el administrativo de la División de Trabajo Social lo entregue en la mesa de entrada de la oficina de SUAC. Allí el chofer del Hospital Córdoba buscó el pedido y lo entregó al E.Co.D.A.I.C. En el sobre se detallaba el destinatario, remitente y contenido. Cuando fue receptado por los profesionales, nos dieron aviso y se comprometieron en traer todas las credenciales los días de las charlas informativas.

Este canal no se encuentra reglamentado en la ley pero comprendió un dispositivo con el que trabajamos su acceso, por lo que entendemos que comprende una regla informal establecida por los servicios de las dos organizaciones.

2) Invitación para todas las personas del IMAC

Luego de establecer como se llevarían a cabo las charlas informativas con el E.Co.D.A.I.C, entregamos invitaciones a todas las personas adheridas al tratamiento de Hemodiálisis en el IMAC, convocándolos a participar de la actividad. El objetivo fue que todas las personas, inscriptas o no en lista de Trasplante Renal, estén presentes en la actividad para informarse en relación a la ley.

Para ello, diseñamos invitaciones para cada turno en particular mencionando día y hora de la charla informativa. Los enfermeros de diálisis representan cada turno con un color por lo que al diseñar las invitaciones respetamos esta consigna.

Esta actividad se desarrolló del 09 al 15 de octubre de 2016. Entregamos un total de 120 (ciento veinte) invitaciones.

3) Difusión de la Ley del Sistema de Protección Integral para personas trasplantadas y en lista de espera (26.928/2015).

En esta actividad se llevó a cabo una charla informativa para todos los turnos de Hemodiálisis, conjuntamente con profesionales de la División de Trabajo Social y del E.Co.D.A.I.C, quienes aportaron información en relación a la Ley (26.928/2015) y su aplicación en la Provincia de Córdoba.

Además se entregaron las credenciales gestionadas desde la División de Trabajo Social del Hospital Córdoba conjuntamente con el E.Co.D.A.I.C.

Participamos como coordinadoras, presentamos la actividad, los profesionales invitados y estuvimos pendientes de cualquier aspecto que surgió en el espacio.

Cuando se planifico la actividad, el lugar establecido era la sala de espera principal del IMAC que se encuentra al frente de los ascensores, pero el día que dio comienzo al evento nos dimos cuenta que esta sala es muy iluminada por lo que no se podían ver las diapositivas del power point. Esta dificultad técnica fue resuelta conjuntamente con la jefa de enfermería de Nefrología quien se comunicó con un empleado de maestranza para que arreglara otra sala del IMAC, la iluminación debía estar dividida, la mitad del pasillo tenía que estar sin luz para proyectar las diapositivas y la otra mitad con luz, para que las personas asistentes se acomodaran cómodamente, esto se logró gracias al técnico de maestranza.

Trasladamos al lugar definitivo donde se realizarían las charlas, los materiales necesarios para acondicionar el espacio. Acomodamos las sillas, mesas, proyector, computadora en dirección a la pared que fue utilizada como pantalla. Corroboramos que la proyección se visibilice y terminamos con los detalles técnicos.

En cada una de las 4 (cuatro) charlas, se desempeñó la misma organización del espacio expuesta anteriormente. Posteriormente recibíamos a las personas asistentes y les mostrábamos los asientos disponibles en los cuales sentarse.

Establecimos un margen de espera antes de comenzar cada charla y al terminar éste se daba apertura a la actividad presentando a los profesionales del E.Co.D.A.I.C, como invitados y de la División de Trabajo Social del Hospital Córdoba, como sus profesionales del Centro de Diálisis. Posteriormente los Trabajadores Sociales invitados comenzaban a presentar y explicar las diapositivas que contenían información pertinente de la Ley (26.928/2015) y la credencial que se emite por medio de ésta.

Constantemente se proporcionó un espacio abierto de diálogo en donde los sujetos tuviesen la posibilidad de expresar sus dudas y ser contestadas por los Licenciados de ambas organizaciones.

Cerramos cada charla agradeciendo la participación de las personas como así también la presencia de los Trabajadores Sociales.

Al finalizar entregamos los recursos de difusión a todos los presentes y las credenciales a quienes habían presentado con anterioridad su fotocopia de D.N.I.

Como última instancia ordenábamos nuevamente el pasillo guardando los materiales en el consultorio de los médicos del IMAC.

4) Reflexiones y análisis de la actividad informativa

El cuarto momento se llevó adelante días posteriores a la actividad informativa con el objetivo de analizar su impacto.

Aquí participamos proponiendo tres técnicas grupales que nos permitieron dialogar con las personas que habían asistido a las actividades informativas, en relación a las percepciones de ésta, lo que posibilitó detectar posibles dudas y preguntas.

Ésta favoreció al análisis de los aspectos simbólicos que surgieron desde las representaciones de los sujetos en torno a la ley y más específicamente a la credencial.

Esta actividad se desarrolló aplicando diferentes técnicas en los horarios de los turnos de diálisis para lograr tener un contacto más cercano con cada una de las

personas que accede al tratamiento. Por tal motivo, diseñamos técnicas grupales con el aporte de la autora García, D (2008) que nos permitieron recuperar, reflexionar y analizar el impacto de las charlas informativas en las personas que participaron de ella.

Para el primer turno de ambos grupos en el horario de 10:00 a 11:30 hs AM aproximadamente distribuimos personalmente un cuestionario y un crucigrama a todas las personas que estuvieron presentes en las charlas. La dinámica se desarrolló en la sala de diálisis del IMAC mientras se estaba llevando a cabo el tratamiento. Con el permiso de cada una de las personas, les entregamos una hoja que contenía un cuestionario con preguntas que nos permitieron recuperar dudas y sugerencias de la experiencia grupal.

Además, les proporcionamos un crucigrama cuyo tema central eran aspectos referidos a la credencial que contempla la ley del Sistema Integral para personas trasplantadas y en lista de espera, el cual completamos junto a los sujetos. Luego de llevar adelante las técnicas, recogimos las hojas para analizar esta actividad.

Para las personas que se dializan en el segundo turno de ambos grupos en el horario de 11:15 a 11:45 hs AM aproximadamente aplicamos una técnica grupal llamada crucigrama. Para ello, nos dirigimos al comedor del IMAC donde las personas se encontraban almorzando y con sus permisos más el de la encargada de distribuir los alimentos nos presentamos explicándoles cual era el motivo de nuestra intervención.

Pegamos en una pared el afiche con el crucigrama y nosotras proporcionábamos las preguntas para que entre todos fuese resuelto.

Además, aplicamos la técnica del cuestionario, proporcionándoles las preguntas en una hoja de tamaño A4. Algunos de los presentes la respondían verbalmente, otros prefirieron escribir sus opiniones que luego nos las entregaban antes de retirarse del comedor y otros se las llevaron de tarea con el compromiso de depositarlas en uno de los escritorios de la sala de diálisis para que luego nosotras las retiremos. Al finalizar les agradecemos por su colaboración.

Para el tercer turno de diálisis de ambos grupos en el horario de 16:15 a 16:45 PM aproximadamente aplicamos la técnica grupal llamada el camino y sus pasos. Para ello, nos dirigimos al comedor del IMAC donde las personas se encontraban merendando y nos presentamos explicándoles cual era el motivo de nuestra intervención.

Tomamos el afiche con el camino, lo pegamos en una de las paredes y les entregamos a todos los presentes los pasos de cartulina con lapiceras y fibras para que allí escriban aquello que le aportó la experiencia grupal, dudas, inquietudes, interrogantes, opiniones, entre otros. Luego cada uno nos explicaba que era lo que había anotado y porque.

Al finalizar este momento, les proporcionamos a cada uno la técnica del crucigrama para ser completado mientras ellos estaban en tratamiento de diálisis. Al retirarse del comedor y entrar en la sala, nos acercamos a ellos nuevamente y resolvimos el cuestionario mientras seguían surgiendo otros interrogantes en relación a la ley.

Las técnicas aplicadas en el comedor del centro de diálisis para el segundo y tercer turno tuvieron que desarrollarse en no más de 30 minutos por el tiempo que ellos tienen para almorzar, merendar y luego entrar al tratamiento.

Los afiches quedaron colgados en las paredes del comedor y en la sala de espera del IMAC con la intención que aquellos que no pudieron estar presentes se informen de esta manera sobre la ley.

Para finalizar, queremos reforzar la importancia de esta actividad en cuanto a la difusión de la Ley (26.928/2015), ya que no solo aportó información al sujeto para obtener un satisfactor que permita alcanzar recursos materiales, sino que también, ésta ley, genera un impacto en el nivel simbólico ya que reconoce la identidad de lo que verdaderamente es, una persona trasplantada o en espera de trasplante. Además, cada persona que tenga a su disposición la credencial podrá de manera autónoma buscar otras alternativas para su uso.

Evaluación de la primera línea de acción

Consideramos que las actividades desarrolladas en la difusión de la Ley (26.928/2015), además de reconocer el derecho a la información, brindaron a los profesionales de la salud una herramienta útil como lo es la actualización y capacitación para garantizar un servicio eficiente, acorde a las normativas vigentes, y adaptado a las nuevas situaciones que se viven en el servicio.

La implementación del dispositivo para que los sujetos accedan a la credencial de manera más operativa, se constituyó en disminuir parte de la sobrecarga de trabajo que viven a diario las personas que adhieren al tratamiento de Hemodiálisis y sus familias-

UD, ya que al gestionarse desde el mismo hospital no tienen que trasladarse a otros lugares, lo que implicaría gastos en tiempo y en dinero.

Además, la credencial ofrece la posibilidad de que los sujetos obtengan los derechos reconocidos en la Provincia de Córdoba. También que puedan tramitar o gestionar otros recursos de su necesidad. Esto aumenta la capacidad de autogestión con la posibilidad de ampliar sus recursos materiales y no materiales.

La técnica grupal llamada el cuestionario implementada en la sala de Hemodiálisis y el comedor del IMAC, nos permitió obtener datos para analizar su impacto. Como mencionamos anteriormente, algunas personas prefirieron expresar verbalmente sus opiniones en los espacios de reunión y otras siete personas nos entregaron en formato papel las respuestas a las preguntas que exponemos a continuación.

➤ La charla ¿Cumplió con sus expectativas?

Un 100 % consideró que la charla cumplió con lo esperado.

➤ ¿Qué dudas sigue teniendo en relación a la Ley 26.928?

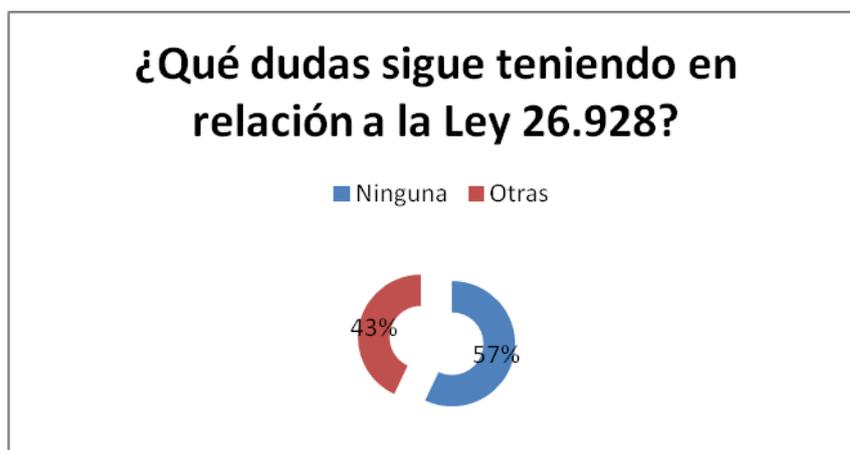
Un 57 % considera que no le quedaron dudas en relación a la ley.

El 43 % restante de los consultados mencionaron dudas como:

“¿Puedo usar el carnet de discapacidad aun ya tramitada la credencial?” (Ver anexo código 911RSD1).

“¿Puedo obtener algún descuento de viaje para mi hijo? ya que la credencial reconoce pasajes gratuitos para uno que está en lista de espera de trasplante y un acompañante” (Ver anexo código 1011RSDA3).

“No entiendo porque una institución como el E.Co.D.A.I.C no realiza acciones para que el gobierno adhiera al plan nacional” (Ver anexo código 911RSDA1).



- ¿Qué otros temas les gustaría tratar en una charla?

Aquí las respuestas fueron variadas:

“Pasos a seguir para la pensión” (Ver anexo código 911RSD2).

“Que se debe hacer para donar el riñón, y cuanto tiempo espera un paciente que está en lista de espera” (Ver anexo código 911RSDA1).

“Siento que la capacitación me incluyó porque muchas veces me excluyeron, sobretodo en el trabajo” (Ver anexo código 911RSD1).

“Quiero saber más sobre trasplante, como son las consecuencias” (Ver anexo código 911RSD3).

“Capacitaciones laborales para personas no videntes” (Ver anexo código 1011RSDA3).

“Quiero saber más sobre trasplante, efectos de las drogas inmunosupresoras, órganos, otras enfermedades relacionadas a trasplante” (Ver anexo código 1011RSDA4).

Algunas preguntas se pudieron contestar en los espacios de las actividades de reflexión, pero otras por el corto tiempo que teníamos para explayarnos y ante el desconocimiento de la temática no pudieron ser resueltas. Si bien la charla hizo hincapié en los contenidos de la ley, esto despertó en las personas el interés de conocer aún más sobre trasplante.

Además, algunos profesionales de la salud nos plantearon su aprobación ante la actividad, y nos propusieron realizar otra similar el próximo año para todas aquellas personas que no pudieron asistir.

El conjunto de respuestas, nos reafirmaron que el objetivo de esta actividad se llegó a cumplimentar gracias al compromiso de muchas personas las cuales participaron de manera directa e indirecta. El resultado se debe al apoyo de muchos profesionales y el de las personas que asistieron a cada una de las reuniones.

4. 8 Grupo de apoyo para cuidadores/as

Pretendimos posibilitar que, en las familias-UD, como espacio social familiar, se pueda establecer un cuestionamiento y problematización de la organización doméstica, haciendo hincapié en la familiarización de los cuidados, problemática ampliamente

atravesada por una cuestión de género, en tanto las actividades de cuidado recaen generalmente sobre las mujeres, generando sobrecarga de trabajo. Para cumplir con nuestros objetivos planificamos y desarrollamos diferentes actividades que expondremos a continuación:

1) Construcción de las trayectorias sanitarias de las familias

Para esta actividad nos propusimos conocer las trayectorias sanitarias de las familias-UD, que acceden al Tratamiento de Hemodiálisis y están en lista de espera para Trasplante Renal en el Hospital Córdoba centrándonos en el rol de los cuidadores/as e indagar sobre los obstáculos y necesidades presentes en el proceso de salud enfermedad. Siguiendo a Hernández Sampieri, R, Fernández, C, y Baptista, P (2006) debido a las dificultades presentadas para medir toda la población del listado total de personas que accede al tratamiento de Hemodiálisis en el IMAC y están en lista de espera para Trasplante Renal, seleccionamos una muestra representativa para el objetivo de esta intervención.

Las variables/criterios que tuvimos en cuenta para la selección fueron:

- Edad: Diferentes edades para analizar la incidencia que la IRC tiene en los diferentes momentos de la vida y en sus familias-UD.
- Sexo: Hombres y mujeres para indagar como afecta la IRC en las diferentes responsabilidades que les son atribuidas socialmente.
- Lugar de residencia: Diferentes barrios de la ciudad de Córdoba
- Momento en el tratamiento: Tuvimos en cuenta los años en tratamiento, y si fueron trasplantados o no anteriormente.
- Predisposición: Luego de indagar y hablar con los sujetos mientras se realizaban el tratamiento de diálisis, nos propusimos tener en cuenta aquellos sujetos a los cuales no le generaríamos una sobrecarga al tener que ir hasta sus viviendas a realizar las entrevistas.

Del resultado de esta delimitación, obtuvimos la siguiente muestra integrada por 4 (cuatro) familias-UD:

Sujeto A

- Sexo: Masculino.
- Edad: 29 años.

- Lugar de residencia: Barrio General Bustos.
- Momento en el tratamiento: 5 años en diálisis.

Sujeto B:

- Sexo: Masculino.
- Edad: 66 años.
- Lugar de residencia: Barrio Quintas de San Jorge.
- Momento en el tratamiento: 11 años en diálisis.

Sujeto C

- Sexo: Femenino.
- Edad: 36 años.
- Lugar de residencia: Barrio Ampliación Palmar.
- Momento en el tratamiento: 1 año y medio en diálisis y actualmente trasplantada.

Sujeto D

- Sexo: Femenino.
- Edad: 65 años.
- Lugar de residencia: Barrio Villa El Libertador.
- Momento en el tratamiento: 5 años en diálisis.

Aplicamos en esta muestra, entrevistas no estructuradas en domicilio a los diferentes miembros de la familia-UD, y reconstruimos sus trayectorias sanitarias, las cuales nos permitieron entender diferentes aspectos de la vida de los sujetos (educativos, sociales, laborales, entre otros). Insumos de información muy valiosos para el desarrollo de las demás actividades en esta segunda línea de acción.

Esta actividad se llevó a cabo en el período del 10 de octubre al 10 de noviembre de 2016, en los domicilios de las familias. Previamente se planteó el encuadre con cada uno de ellos.

Análisis de las entrevistas

Antes de dirigirnos a cada domicilio teníamos nuestras preguntas organizadas, pero desde un principio tuvimos en cuenta que en el momento de entrevistar existía la posibilidad de que las preguntas cambiaran. Entrevistamos al miembro de las familias-UD de la muestra expuesta anteriormente que cumplen con el rol de cuidadores/as, todas fueron mujeres.

Para realizar un análisis que logre expresar las situaciones que se manifiestan en el momento de la entrevista, se debe hacer un intento de transportar al lector a dicha situación. Esta tarea no es sencilla, no es simple manifestar de forma escrita la aparición de la voz, la gestualidad, los silencios, la enunciación, entonación, tan importantes para la comprensión e interpretación. Badano, M y Díaz, R (2001) aportan una perspectiva de análisis que posibilita que el lector logre captar lo vivenciado durante la entrevista.

Por un lado exponer los TEMAS es decir aquellas reiteraciones que marcan la pertinencia de las palabras y ordenan la situación en un espacio y tiempo. Son categorías temáticas que organizan ejes de descripción e interpretación.

Por otro lado los MODOS nos permiten encontrar conceptos cercanos a la experiencia del sujeto entrevistado ya que lo que se dice está ligado a un significante para esa persona en una determinada instancia de enunciación. Esto se relaciona con el espacio que el entrevistador le brindó al entrevistado para la reflexión. Estos significantes expresados en oraciones cortas, partes de la entrevista, en las que se densifica el sentido y se personaliza el punto de vista, constituyen el corazón del análisis, lo que los autores denominan CATEGORIAS DE SENTIDO, que remiten a un modo de decir.

Es pertinente conocer cuáles son estas categorías de sentido que se articulan a la vida cotidiana de los sujetos, teniendo en cuenta la historización, reflexividad y construcción relacional.

Por ende, analizar las entrevistas comprende la articulación de estos modos o categorías de sentido con las temáticas en función del tema. De allí que a continuación realizaremos esta relación:

Tema: Sobrecarga de trabajo de las mujeres cuidadoras

- Expectativas depositadas en la entrevista

Todas las cuidadoras expresaban interés en torno a la entrevista, lo que demuestra que tenían expectativas en esta. Habían acomodado su día para poder estar presentes en el horario pautado.

Cambiaron el orden de las actividades que realizan cotidianamente.

“(...) cuando ella me dijo que ustedes venían hoy y bueno yo organice todo para dejar de hacer mis actividades al mediodía por lo menos porque normalmente yo no estoy a esta hora (...)” (Ver anexo código 411ESC4).

Organizaron sus días y horarios de trabajo.

“(...) como mi mamá me dijo que ustedes iban a venir el sábado, yo los sábados también trabajo así que le dije a mi patrona, voy a ir el miércoles a trabajar porque el sábado no puedo (...)” (Ver anexo código 1510ESC2).

- **Impacto de la Insuficiencia Renal Crónica**

La enfermedad fue de gran impacto en la vida de las cuidadoras. Todas las mujeres entrevistadas expresaron la importancia de estar acompañadas de la persona que accede al tratamiento de Hemodiálisis en el momento de la entrevista. Ninguna fue entrevistada individualmente, sus palabras estaban referidas al tratamiento, la aparición de la IRC y como impactó de manera tal que se sintió un antes y un después en la vida cotidiana de la unidad doméstica, su organización y el conjunto de actividades que realizan diariamente gira en torno al miembro con IRC.

“(...) cuando nos enteramos, ella se lloró todo (...)” (Ver anexo código 1410ESC1)

“(...) la diálisis te afecta muchas cosas (...) es como si tuvieses cáncer, así es, son terminales, en el caso de que él no va a la máquina, se muere, es así (...) pero es duro esto, hasta que no lo hemos pasado no sabíamos que existía diálisis. Que tanta gente sufría así. No entendía del trasplante hasta que lo vivís en carne propia (...)” (Ver anexo código 311ESC3).

Capital cultural y social de las cuidadoras.

CAPITAL CULTURAL:

Las cuidadoras mostraban que poseen un gran capital cultural, todas tienen conocimientos de cuidado de niños y adultos, como así también de cómo realizar trámites, aun los más burocráticos, portan conocimientos de las instituciones, de las políticas públicas, saben dónde dirigirse ante distintas situaciones por las que atraviesan. Estos saberes comprenden un capital cultural incorporado, Bourdieu, P (1987) expone que este tipo de capital cultural se encuentra ligado al cuerpo y supone la incorporación, por medio de la inculcación y la asimilación lo que requiere del tiempo de las personas que lo poseen.

Además, este capital, es una propiedad hecha cuerpo que se convierte en parte integrante de la persona como un hábito, es un tener transformador. Los conocimientos

de las cuidadoras forman parte de su habitus, y han sido adquiridos a lo largo del tiempo, como así también aprendidos generacionalmente.

El conocimiento constituye un recurso cultural y también es un recurso económico material ya que las mujeres al realizar las actividades de cuidado como así también domésticas prestan mano de obra que no es paga, es un trabajo invisible que aporta al ahorro en la economía.

“(...) nos vinimos al Misericordia ahí le tuve que hacer toda la carpeta médica, porque ella tenía la carpeta médica en el Hospital de Urgencias, pero esa carpeta no me servía, porque tenía que ser un hospital provincial, así que tuvimos que hacer todos los estudios de nuevo (...) Porque la pensión esa al ser nacional solamente tiene convenio con la provincia y no con el municipio y el Hospital de Urgencias es municipal (...)” (Ver anexo código 1510ESC2).

CAPITAL SOCIAL:

Podemos definir al capital social como a las relaciones sociales que tienen los sujetos, Arriagada, I (2009) expresa que estas comprenden un recurso intangible, que permite tanto a las personas como a los grupos la obtención de beneficios. Estas relaciones se caracterizan por estar dotadas de confianza, reciprocidad y cooperación.

La creación y el uso del capital social, genera efectos positivos como el cierto grado de control social sobre la producción y el acceso a los bienes y servicios públicos, la confianza entre los individuos, la cooperación coordinada y la resolución de conflictos, entre otros.

“(...) siempre nos estamos turnando con ella, yo tengo 5(cinco) hijas, cada una están casadas, cuando yo salgo viene una y se queda con ella (...) Y sino viene el ex marido del campo la lleva a la nena al colegio, la trae (...) Todos colaboramos y nos ayudamos para que ella este bien (...) uno está enfermo y el otro te dice “yo te cuido los chicos, yo voy al hospital, yo te cocino, yo los llevo, yo los traigo de la escuela” nos organizamos, me entendés, es costumbre, y es lo que nos unió más con ella (...)” (Ver anexo código 411ESC4).

Las palabras citadas de la cuidadora de Ampliación Palmar nos permiten notar que claramente existe capital social en esta unidad doméstica, lo que le posibilita a la cuidadora organizarse para poder realizar sus actividades diarias. Si no contara con estas relaciones sociales, se le dificultaría realizar las actividades fuera del hogar ya que le

otorga amplia importancia que la persona trasplantada de esta unidad doméstica no se encuentre sola en ningún momento. La mujer cuidadora expresó en el trascurso de la entrevista que si bien no es central la ayuda económica entre ellos (capital económico) la organización si lo es ya que las relaciones de cooperación y confianza existentes le permiten aliviar sus cargas en torno a las tareas de cuidado.

Esta red de relaciones comprende un capital social de unión, el cual Arriagada, I (2009) define como aquel que involucra nexos con pocas personas y en términos geográficos viven cerca. Todos los miembros de esta red se localizan en Barrio Ampliación Palmar.

Notamos que la presencia de este capital es de gran importancia en las familias-UD ya que teniendo en cuenta las 4(cuatro) entrevistas realizadas, se puede percibir la diferencia entre aquellas que lo tienen y quiénes no. Aquellas mujeres sin capital social se sienten aún más sobrecargadas de responsabilidad y no encuentran escape a las circunstancias diarias, en cambio, aquellas que si lo poseen si bien se sienten sobrecargadas les genera un alivio significativo.

- Necesidad de ayuda

La esencial característica en común entre las 4(cuatro) mujeres entrevistadas, es la necesidad de ayuda en las responsabilidades diarias no tan fácilmente admitidas por ellas, como así también la necesidad de ser escuchadas, respaldadas.

“A mí me gustaría que mis hermanos se dieran cuenta a veces si a mi mamá le hace falta algo o no. Porque nadie se da cuenta, mis hermanos ni las nueras ni las nietas, nadie (...) Claro yo le digo, a los otros “ustedes dense cuenta que yo siempre ando nomas, ustedes no” (...) Yo he salido muchas veces con ella a la mañana (...) pero viste como son los varones, ellos no se enteran de nada (...)”
(Ver anexo código 1510ESC2).

Estas familias-UD que acceden al subcampo de salud pública, expresan que atravesaron situaciones en las que se sintieron solas y en ellas recaía la responsabilidad del bienestar de los miembros de la unidad doméstica.

“Hemos estado solos en los momentos más difíciles, y en esos tiempos, sinceramente Dios estuvo (...) Ni siquiera te digo, tomá un kilo de azúcar. Nada. Solo el Señor (...) Porque era una agonía, yo perdí 10 kilos, perdí cabello. De todo. Y es un momento que no es que lo dejas de amar al Señor sino que no

entendés nada. Por eso es que necesitas un apoyo, un grupo. Como mujer necesito” (Ver anexo código 311ESC3).

Lo expuesto hasta aquí nos permite dar cuenta cómo influye la inexistencia de políticas públicas que respondan a la problemática de la feminización del cuidado y posibiliten a las mujeres aliviar sus cargas de tareas, un trabajo silencioso pero que aporta no solo a los hogares sino a la sociedad en su conjunto. Carrasco Bengoa, C (2003) expone que existe una falsa idea de autonomía del sistema económico, porque la responsabilidad de las mujeres en la subsistencia y el cuidado de la vida permite desarrollar un mundo público aparentemente autónomo desligado de la vida humana, basado en las falsas premisas de la libertad, sin necesidades que satisfacer, constituido por personas inagotables, siempre sanas, ni demasiado jóvenes, ni demasiado adultas, auto liberadas de las tareas de cuidado, lo que se denomina el hombre económico, racional, político. Cuando en realidad tanto este personaje como el sistema económico oficial pueden existir porque sus necesidades quedan cubiertas con la actividad no retribuida de las mujeres.

(...) es mucha carga, porque yo tengo que velar, si todo bien, él cobra una jubilación y todo, pero es una jubilación por mes (...) pero ahí veces en que no aguanto más, siento que la cabeza me estalla” (Ver anexo código 1410ESC1).

- Sueños

En su mayoría, los sueños de las mujeres cuidadoras se relacionan con la persona que cuidan, anhelan que mejore su calidad de vida.

De las 4(cuatro) entrevistas, solo una de las mujeres cuida una persona trasplantada, las otras 3(tres) mujeres son cuidadoras de personas que se encuentran en proceso de trasplante, es decir ya se realizaron los estudios correspondientes, pero están en lista de espera. Solo la mujer que cuida a la persona que ya fue trasplantada se permitió tener un sueño más personal, el resto sueña con el trasplante del miembro de la unidad doméstica con IRC.

“(...) mi sueño es, me encantaría tener un trabajo. Mi sueño sería que a F le salga el trasplante, creo que cambiarían muchas cosas. Y a que mi hija la tenga sanita, bueno al igual que a F (...)” (Ver anexo código 1410ESC1).

“Y yo sueño que mi mamá ya este trasplantada y no se tenga que hacer más esas diálisis (...) ¡Y a mí me gustaría donarle ya! El órgano pero ¿Qué pasa? Cuando yo le doy un órgano tengo que esperar un periodo para recién volver a trabajar (...) yo en este momento soy la única que la ayuda a mi mamá, o sea ¿Cómo la voy a ayudar si yo no trabajo?” (Ver anexo código 1510ESC2).

- Percepciones sobre el trasplante

Así como en la temática anterior aquí también existen diferencias entre la mujer que cuida una persona ya trasplantada y las cuidadoras que esperan aún el trasplante de la persona con IRC. Las percepciones en torno al trasplante cambian.

La cuidadora que ya atravesó por la situación de trasplante, si bien la sobrecarga de trabajo continúa, percibe cierto alivio, porque la persona que cuida ya no necesita acceder al tratamiento de Hemodiálisis y sus preocupaciones en torno al cuidado cambian, ahora se concentra en las precauciones propias de un post trasplante.

“(...) es como una hija ella para mí, yo lo sufrí mucho, yo a veces la reto, le digo que se cuide, porque si le agarra un virus sería... a mí la doctora me dijo “si a ella le agarra un resfrío mal y ella esta con las defensas bajas, puede ser mortal para ella” imagínate que te digan una cosa así ¿vos que querés hacer? ¡Evitar que eso suceda! (...)” (Ver anexo código 411ESC4).

Quienes cuidan a un miembro de la unidad doméstica en proceso de trasplante se muestran preocupadas al respecto, expresando sus miedos a que no se logre concretar el trasplante, por medio del relato de distintas situaciones en las que sintieron ansiedad, desesperanza de que se donen órganos como así también cansancio en la espera.

“(...) yo no quiero que se dialice más, porque eso es cansador (...) eso de donar órganos no tendrían que preguntarle a la gente, una vez fallecido tendrían que donarlos directamente, si ya no hay más vuelta atrás para hacer nada (...) sirve para otra persona (...) tantos órganos que se están desperdiciando y que no le da beneficio a nadie” (Ver anexo código 1510ESC2).

- Búsqueda de información

Así como anteriormente se expuso un pertinente análisis del capital cultural que poseen las cuidadoras, un aspecto relacionado a este capital es también la importancia que le otorgan a la investigación y conocimiento de la enfermedad y del trasplante, éstas

relataron en las entrevistas que buscan información:

Por medio de la lectura de cartillas comúnmente entregadas desde la División de Trabajo Social a las personas que acceden al tratamiento de Hemodiálisis.

“(...) no tiene defensas, no puede agarrar ningún resfriado, no puede salir mucho, ni que este en contacto con otro enfermo (...) Si esa sí, que es como una guía (...) la estuve leyendo, que tiene que tener muchos cuidados los primeros meses (...) mi mamá tiene algo negativo que a mí no me gusta los perros y los gatos, si ustedes observaron. Esa es la pelea con mi mamá con los gatos, no es que a mí no me gusten los animales, no quiero que estén acá adentro por ella (...)” (Ver anexo código 1510ESC2).

Desde la búsqueda de información en sitios de internet, tales como Google y Youtube:

“Yo lo que noto después de la diálisis en ella es que se olvida muchas cosas. Yo entré a averiguar mucho sobre la diálisis, la diálisis hace eso de que por ahí perdes la noción del tiempo, perdes muchas cosas (...)” (Ver anexo código 411ESC4).

Esta búsqueda de información teniendo en cuenta lo expresado por las cuidadoras tenía como objetivo comprender la enfermedad para conocer a qué se iban a enfrentar desde sus tareas de cuidado.

“Yo al principio no entendía, ósea, hasta que empecé a investigar, y yo que soy muy preguntona, me gustó la medicina toda la vida, y empecé a ver que no era cualquier cosa que él diga, no me quiero dializar” (Ver anexo código 311ESC3).

- Mandato social de género

El trascurso del análisis de las entrevistas nos permite comprender que el surgimiento de la IRC no solo impacta en la persona que accede al tratamiento de Hemodiálisis sino que a todos los miembros de la unidad doméstica, especialmente a las personas que ocupan el rol de cuidadores/as, ocupando un lugar sumamente importante. Mendes Diz, A (2012) que la relación interpersonal que se construye entre cuidador/a y persona cuidada, es única, diferente del resto de las relaciones sociales y de parentesco.

Relación que se caracteriza por cumplir con el mandato social designado a las

mujeres como aquellas que deben ocuparse del otro (niño, joven, adulto, viejo, esposo, hijo, etc.) y olvidarse de ellas mismas. Anteriormente se expuso como sus sueños se relacionan con el bienestar de la persona cuidada dejando atrás o ni siquiera pensando en sus propios anhelos. Una de ellas expuso que siente que no lo hace bien y que debe capacitarse para realizarlo de la manera correcta.

“Si ponele que yo tenga que cuidarlo de una forma, o de otra, tanto no sé, y él no se va a dejar tocar por otras personas porque yo ya lo conozco. Si a mí me dicen, mira te vamos a dar para que vos hagas este curso para que sepas como cuidarlo, entonces yo ya voy a saber (...) Yo no sé si otra persona en mi situación lo puede resolver, pero hay veces en que no aguanto más, ¡siento que la cabeza me estalla!” (Ver anexo código 1410ESC1).

Por otro lado, otra de las cuidadoras expresa como muchas veces debe olvidarse de ella misma para pensar en la persona que cuida.

“Entonces vos lo amas a él y muchas veces tenés que olvidarte de vos. Y saber que él tiene necesidad” (Ver anexo código 311ESC3).

Como así también otra de las mujeres entrevistadas comenta que no tiene tiempo para ella misma al estar pendiente en los demás.

“Yo directamente no hago nada para mí, directamente ¿me entendés? ¡Porque no puedo!” (Ver anexo código 411ESC4).

Las cuidadoras piensan, sienten, expresan de acuerdo a la situación que atraviesan las personas que cuidan.

Para finalizar este análisis consideramos importante plantear la importancia de abordar las temáticas planteadas de manera interdisciplinaria, con la participación de otros profesionales como los Psicólogos.

2) **Construcción de un folleto de cuidadores.**

Una vez realizadas las entrevistas y construidas las trayectorias sanitarias utilizamos la información recaudada para elaborar un folleto que contempló una serie de ítems sobre aspectos de cuidadores/as e información destinada a la familia-UD en su conjunto. Pretendimos con esta actividad abordar la dimensión educativa (capital cultural-simbólico) y la dimensión organizativa (capital social) del objeto de intervención

3) Grupo de apoyo para cuidadores.

Un grupo de apoyo es un conjunto de personas que se reúnen por experiencias comunes relacionadas con un tema o condición particular. Según Katz, A y Bender, E (1976) está compuesto por pares, es decir personas que vivencian situaciones similares. Se pretende que este grupo sea reducido con el fin de que todos/as logren expresarse. Generalmente cuentan con un profesional que lidera y coordina las reuniones. De esta forma se combina el conocimiento del experto y la experiencia de los sujetos.

La asistencia es voluntaria, lo que contribuye a que los participantes se sientan cómodos y no presionados. Se diferencian de los grupos de auto ayuda, porque estos suelen funcionar autónomamente al margen de los profesionales.

Teniendo en cuenta esta concepción de grupo de apoyo se llevó a cabo la actividad de la siguiente manera:

En un primer momento los presentes (15 en total) realizamos una breve presentación. Posteriormente entregamos tarjetas con diferentes frases incompletas, las cuales debieron ser completadas por los participantes, no era necesario escribir sino más bien pensar como sería el resto de la frase. Esta actividad comprendió una técnica grupal denominada, palabras embolsadas. Algunas de las frases fueron: Soy cuidador/a porque...En mis ratos libres hago...Mi familia para mí es...Para mí cuidar es... ¿Cuidar es una actividad que la hace mejor el hombre o la mujer? ¿Cuidar forma parte importante en mi vida? La actividad que más realizo en el día es...Mi sueño es...Mi pasatiempo favorito es...En un día cotidiano de mi vida yo hago...Desde que le diagnosticaron Insuficiencia Renal Crónica a la persona que cuido yo sentí que..., entre otras.

Esta técnica logro facilitar la confianza grupal, la interrelación entre los miembros del grupo en donde se pudo reflexionar sobre aspectos naturalizados en torno al rol de la mujer y de los cuidadores/as. A la vez permitió compartir similitudes y diferencias de las vivencias de los cuidadores/as.

Luego se proyectó un video referido a la situación por la que están atravesando los cuidadores/as de personas con una enfermedad crónica como disparador de la temática.

Se dio lugar a la palabra de los sujetos para que puedan expresar lo que sintieron después de ver el video, y si reconocieron alguna de estas situaciones como experimentadas por ellos. Se expusieron aspectos trabajados en el folleto.

Se entregó el folleto a cada persona presente y agradecemos su presencia.

Al terminar se les pregunto cuáles fueron sus percepciones en torno al taller, si cubrió sus expectativas, se habló del grupo de apoyo, de la importancia de la generación de estos espacios, expresaron la importancia de que continúen, que existan posibilidades de un grupo de apoyo permanente.

En todo momento se abordó implícitamente sobre los siguientes aspectos, los cuales hemos trabajado en el transcurso de la tesis:

Temas trabajados en el Grupo de Apoyo
<u>Naturalización del trabajo:</u> Que las cuidadoras reconozcan que el trabajo que ellas llevan a cabo es un trabajo muy importante en el proceso salud-enfermedad, pocas veces reconocido, impuesto como responsabilidad de las mujeres.
<u>Sobrecarga de responsabilidades:</u> Muchas son las responsabilidades acuñadas al género femenino como obligaciones sin posibilidades de negociación
<u>Democratización del espacio familiar-UD:</u> Las responsabilidades se deben compartir entre todos los miembros de la familia-UD.
<u>Cuidadores/as:</u> No hay una única forma de cuidar, depende las características propias de cada persona y de cada familia-UD, el proceso de salud-enfermedad por la que están atravesando, etc. Por lo que no hay una forma de hacer bien o mal el cuidado. Hay distintas formas de ser cuidadores/as.
<u>Desfamiliarización del cuidado:</u> Los profesionales de la División de Trabajo Social y el resto de los servicios del Hospital Córdoba están a disposición para que la cuidadora acceda, entendiendo que no sólo es destinatario de los servicios quien porta la IRC.
<u>Otras redes:</u> Resaltar la importancia de que el cuidador/a busque apoyo en distintas redes.
<u>Cuidarse uno mismo:</u> Las situaciones de estrés y la falta de tiempo, lleva muchas veces a olvidarnos de uno mismo. Esto suele desencadenar problemas de salud, emocionales, etc., que afectan la vida de estas personas.

Análisis de la actividad

De esta actividad notamos que surgieron los siguientes aspectos:

- **Importancia que le otorgan las cuidadoras a la familia-UD**

Cuando los participantes realizaron su presentación, expresaban su nombre y en representación de que familiar estaban.

En la segunda actividad ante cada frase completada enunciaban la importancia que le otorgan a la familia-UD, haciendo hincapié en la persona que cuidan.

“Mi familia para mi es todo” (Ver anexo código 512ESC5).

“Lo que me hace feliz es estar con la gente que amo, con mi familia” (Ver anexo código 512ESC6).

- **Cuidar forma parte importante de sus vidas**

“Cuidar es estar pendiente de toda la familia (...)” (Ver anexo código 512ESC7).

“Cuidar es hacer lo posible para que mi hermano este mejor, para que mejore su calidad de vida (...)” (Ver anexo código 512ESC8).

- **Feminización del cuidado**

Todas las cuidadoras presentes eran mujeres, esposas, hijas, madres, hermanas.

Una cuidadora madre expresó que cotidianamente su pasatiempo es cocinar, para su familia.

Dos cuidadoras hermanas, expresaban que la cuidadora de su hermano era su madre pero cuando esta falleció, entre todos los hermanos, fueron ellas las que se acercaron para hacerse cargo de las tareas de cuidado.

- **Mandato social designado a las mujeres**

El diagnóstico de la IRC, marcó un antes y un después en sus vidas, dejaron negocios que habían comenzado, acomodaron sus rutinas en torno a la organización de los días y horarios de sus familiares o miembros de la unidad doméstica que acceden al tratamiento de Hemodiálisis. A la vez tuvieron que incorporar nuevos aprendizajes, enfrentaron difíciles situaciones.

Les costó aceptar que este espacio era solo para ellas, expresaban el deseo de que exista este tipo de oportunidades para la persona que cuidan.

Realizamos un trabajo reflexivo por medio de un análisis conjuntamente con las cuidadoras para que comprendieran la importancia de tener un espacio para ellas solas.

- **Incorporación de la temática**

Al terminar la transmisión del video que se proyectó, comenzaron a verse como cuidadoras. Expresaban que era la primera vez que escuchaban sobre la temática y que no representaban sus tareas cotidianas de cuidado como tales.

- **Percepciones y expectativas**

Las personas que participaron de esta actividad eran de lugares alejados del Hospital Córdoba, por lo que llegar hasta allí implicó un sacrificio para estos. Esto nos permitió comprender la importancia que le otorgaron al poder asistir.

Es pertinente tener en cuenta que las mujeres cuidadoras no asistieron por ellas, sino por la persona que cuidan.

Al final del taller, se trató realizar un cierre, en donde se pudiera conocer sus opiniones y percepciones. Los presentes expresaron que les interesó la temática tratada y depositaban expectativas a la vigencia de estos espacios participativos.

Admitieron la importancia de poder compartir vivencias y las experiencias que enfrentan día a día, por lo que expresaron la necesidad de la permanencia de un grupo de apoyo.

- **Aportes de la Licenciada de Trabajo Social**

La Licenciada en Trabajo Social que estuvo presente en el transcurso de la actividad, intervino en distintos momentos aportando a la desnaturalización de la feminización de los cuidados. A la vez expresó la importancia de que los sujetos que tienen IRC no vean al tratamiento como el centro de su vida sino como un aspecto más de su cotidianeidad.

Se pudo continuar expresando que las actividades de cuidado suelen estar ligadas a relaciones de afecto y este vínculo entre cuidador y persona cuidada aporta a la naturalización y no reconocimiento del trabajo que invierten las mujeres a la realización de estas tareas.

- Evaluación de esta actividad

Se provocó desnaturalización y problematización, que permitió que las cuidadoras comiencen a ver la feminización de los cuidados como una problemática que atraviesan en sus vidas cotidianas, lo que refleja la necesidad de políticas públicas.

Conforme a lo expuesto esta actividad fue el comienzo, la génesis de:

- La incorporación de la temática tanto en las cuidadoras como en el Centro de Prácticas.
- La desnaturalización de la problemática por parte de las cuidadoras.
- La visibilidad de la necesidad de políticas públicas.

Evaluación de la segunda línea de acción

La segunda línea de acción trazada por el equipo fue la conformación de un grupo de apoyo para cuidadores/as que pretendió desnaturalizar esta problemática para que se reconozcan como personas que están al cuidado de otras y que tienen necesidades específicas. Además pretendimos instalar en ellos la posibilidad de democratizar los espacios domésticos.

Si bien nos hubiese gustado tener un grupo de apoyo para cuidadores/as sostenido en el tiempo, no pudimos llevarlo a cabo por tiempos académicos, pero quedamos sorprendidas con las palabras de algunas cuidadoras al preguntarnos cuando volveríamos a realizar otra reunión a lo que otras se sumaron diciendo que cualquier novedad las contactáramos por teléfono. Además, la jefa de la División de Trabajo Social nos comentó que le gustaría implementar en el servicio una línea de trabajo específicamente para cuidadores/as, lo cual fue una gran sorpresa para nosotras. Si bien son cuestiones que tendrá que evaluar en cuanto a su viabilidad, consideramos que el trabajo que realizamos en nuestra práctica, la insistencia y esfuerzo de llevarla adelante, dio frutos al instalar en sus proyectos la posibilidad de continuar con el proceso que iniciamos.

Procedimientos y funciones del Trabajo Social

A partir de nuestra práctica pre profesional, podemos decir que las funciones del Trabajo Social llevadas a cabo en las líneas de acción fueron:

Desde la difusión de la Ley del Sistema de Protección Integral para personas trasplantadas y en lista de espera (26.928/2015) se llevó a delante la función de cogestión con el trabajo conjunto de profesionales del Hospital Córdoba, E.Co.D.A.I.C y de las personas en lista de espera para Trasplante Renal. Ésta comprendió el diligenciamiento de la credencial que contempla la ley (26.928/2015) para aumentar por un lado, los recursos económicos en términos de la pensión que por ésta se pueden acceder, y por otro, los recursos culturales en relación al valor simbólico que la misma representa.

Además, la intervención simplificó los pasos para gestionar y obtener la credencial, aprovechando los recursos humanos y técnicos que tiene el Hospital.

Desde el grupo de apoyo para cuidadores, aportamos a la autogestión considerando la relevancia de que los cuidadores/as sepan los servicios que brinda el Hospital Córdoba y a los que puede acceder ya que no son únicamente para las personas que acceden al tratamiento de Hemodiálisis. Brindamos los datos de contacto de la División de Trabajo Social, y fomentamos que se acerquen donde un profesional los puede asesorar o informar sobre distintos programas/recursos.

Tanto en la primera como en la segunda línea de acción utilizamos la función de Educación Social.

La ley era desconocida no solo por las personas en lista de espera para trasplante sino también por los profesionales de la salud, por lo que la difusión y la problematización de su contenido implicó la transferencia de saberes a todos los que participaron de las charlas aclarando dudas que fueron surgiendo en el momento de su difusión.

Se explicitaron los artículos que la ley contiene, la credencial que se emite por parte de ésta y los derechos que reconoce. Entendemos que es un derecho de los sujetos acceder a estos conocimientos y una responsabilidad de los profesionales involucrados en esta área actualizarse con las normativas vigentes.

Por otro lado, en cuanto al grupo de apoyo consideramos que este fue un espacio para la adquisición de conocimientos. Se intentó que las mujeres se apropien de los saberes expuestos en el folleto, el cual posibilitó la circulación de conocimientos de la problemática, desde un lenguaje accesible. Se brindó información desde la sensibilización.

La promoción social estuvo presente a lo largo de nuestro proceso, impulsamos y promocionamos la actividad que se desarrolló conjuntamente con la División de Trabajo Social y el E.Co.D.A.I.C. Se intentó promocionar que las personas no inscriptas en lista de espera se interesen en realizar los estudios médicos necesarios para que en un futuro puedan estarlo y logren acceder a los derechos que la ley contempla.

Desde la segunda línea de acción se promovió el reconocimiento de la temática de cuidadores/as, como problemática. A la vez se intentó impulsar que el grupo de apoyo se mantenga en el tiempo.

Tanto en la difusión de la ley como en el grupo de apoyo se hizo hincapié en el acceso a los Servicios Públicos. Por un lado, que las personas se acerquen a los servicios que los Trabajadores Sociales del Hospital Córdoba y del E.Co.D.A.I.C ofrecen y, por otro lado, que las cuidadoras puedan acceder a la División de Trabajo Social por necesidades o dificultades propias.

Utilizamos el procedimiento de dilucidación, ya que por un lado trabajamos en la importancia de reconocer que las personas trasplantadas y en lista de espera para trasplante están en un proceso de salud enfermedad particular y diferente al que les era asignado antes de sancionarse la ley. El hecho de cambiar la condición de discapacidad (con las connotaciones negativas que le son asignadas socialmente) a la condición de trasplantado o en espera de trasplante, genera en los sujetos implicados un estado no condicionado por las incapacidades sino por las posibilidades de cada uno al momento del tratamiento por el que está transitando.

Por otro lado, planteamos interrogantes sobre los roles que asumen los cuidadores/as, propiciando que se generen relaciones democráticas en el espacio familiar, es decir, que las tareas se compartan con el resto de la familia, no solo es la mujer la encargada de llevar adelante estas prácticas. Las mujeres presentes en el grupo de apoyo, lograron identificarse como cuidadoras. Se logró un esclarecimiento al comprender que el cuidado forma parte de sus vidas como así también las consecuencias por las que atraviesan en la vida cotidiana.

La organización social del grupo de apoyo posibilitó la participación social y el sentido de pertenencia desde un fin compartido. Se constituyó en un espacio de diálogo

y cooperación de las cuidadoras y éstas expresaban la necesidad de que pueda permanecer en el tiempo.

Tanto para la planificación, organización como así también la ejecución de las dos líneas de acción, fue de gran importancia la coordinación en cada aspecto trabajado para lograr concretarlas. Pero esta cumplió un papel significativo principalmente en la primera línea de acción, donde se consiguió coordinar:

- Las actividades de los Licenciados en Trabajo Social de dos organizaciones que trabajan el área de la salud, Hospital Córdoba y E.Co.D.A.I.C. Esto comprendió la organización de los días y horarios de trabajo de todos los profesionales.
- Con los distintos servicios y /o divisiones del Hospital Córdoba:
 - Nefrología: Trabajamos conjuntamente con los médicos del IMAC, especialmente con una de las doctoras coordinadoras, quien nos acompañó durante toda la planificación y facilitó aspectos organizacionales como burocráticos.
 - Enfermería: Contactamos la jefa del área de enfermería del IMAC quien posibilitó la ubicación de un espacio óptimo para realizar las charlas, como así también el acceso a un micrófono de la cooperadora que al final no fue necesario utilizar.
 - Nutrición: Nos comunicamos con nutricionistas para realizar un previo aviso de la actividad, solicitamos permiso de la utilización de las sillas del comedor, al no obtener dicho permiso, utilizamos las sillas del IMAC y de nuestra propiedad. Por otro lado una de las cocineras quien es encargada de suministrar los alimentos al comedor nos brindó información pertinente de los horarios de las comidas y los puntos de encuentro entre los turnos, lo que nos ayudó a pautar el horario oportuno para las charlas.
- Entre el IMAC y el transporte de diálisis, que traslada a las personas que acceden al tratamiento de Hemodiálisis a sus domicilios. Este fue un aspecto clave de la organización, ya que si el transporte no esperaba a las personas que asistieron a las charlas, estos se iban a quedar sin movilidad. Para lograr coordinar fue de suma importancia la colaboración de la médica coordinadora nombrada anteriormente, quien se encargó de comunicar a los choferes del transporte sobre la actividad con sus correspondientes días y horarios, les expresó la importancia de que puedan esperar que las charlas terminen para

recién retirarlos y llevarlos a sus domicilios, estos aceptaron sin mayores dificultades.

La coordinación surge como un mecanismo, que es político y técnico a la vez, de gran importancia para enfrentar las problemáticas que requieren de múltiples niveles de gobierno o diversos sectores de gestión estatal. Repetto, F (2009) declara que los problemas públicos requieren por lo general de respuestas estatales y existe evidencia de que estos problemas a la vez requieren de intervenciones intergubernamentales e intersectoriales.

Podríamos decir, que existió desde la ejecución de esta línea de acción, coordinación intersectorial ya que participaron dos organizaciones que trabajan el área de la salud por un lado el Hospital Córdoba y por otro el E.Co.D.A.I.C de un mismo nivel de gobierno (provincial). Pero si nos fiamos del concepto de coordinación desde los términos de Repetto, F (2009) no comprende una verdadera coordinación intersectorial la que se desarrolló en esta actividad, ya que no están involucrados actores políticos que inciden en las políticas públicas, pero igualmente nos parecen pertinentes los aportes del autor ya que nos permite tener un entendimiento de la importancia que tiene la coordinación porque facilita que las personas puedan acceder a un derecho, en este caso la credencial emitida por medio de esta ley, lo que podría considerarse como un avance en materia de respuesta a la problemática por parte del Estado.

Pudimos detectar la importancia de la logística en el Trabajo Social lo que nos permite pensarla como otra función de la práctica profesional.

La logística es definida por Alirio Leal, M (2015) como el conjunto de los medios necesarios para llevar a cabo un fin determinado de un proceso complicado. Es un tipo de actividad centrada en gestionar los recursos de la manera más eficaz y eficiente para celebrar un evento, por ende, implica tareas de planificaciones y gestión de recursos.

4.6 Cierre y evaluación

Si hablamos de cierre lo pensamos como el término de un proceso académico, pero creemos en la continuidad de las líneas de acción trabajadas. Por lo que, en la devolución expuesta a la División de Trabajo Social, se planteó lo siguiente:

Por un lado, la posibilidad que quede implementado en la División el sistema de gestión de las credenciales creado conjuntamente con la referente institucional (en

donde los sujetos puedan traer sus copias de DNI al Hospital Córdoba y posterior articulación con el transporte del Hospital), ya que este constituyó un canal de gestión que logró aliviar a las familias-UD.

Por otro lado, presentamos la idea de que los profesionales de la División de Trabajo Social sigan utilizando los folletos que confeccionamos y anexarlo en las cartillas con las que ya estaban trabajando.

Comentamos la importancia que le dieron las cuidadoras a la continuación del grupo de apoyo como un espacio participativo y planteamos la importancia de que los sujetos cuidadores/as vean a la División de Trabajo Social como un servicio al cual ellos/as también pueden acceder y no solo su familiar.

Ante lo expuesto, los profesionales aceptaron la propuesta. Por un lado, expresaron que es acertada la posibilidad de la continuidad del canal de gestión de las credenciales y por otro manifestaron que visibilizan al grupo de apoyo como un espacio pertinente de continuar por lo que propusieron la importancia de que otros grupos de tesis continúen trabajando desde esta línea de acción.

En relación al objeto de intervención global de nuestra práctica, los objetivos y las líneas de acción propuestas, consideramos que tanto la difusión de la Ley (26.928/2015) y el grupo de apoyo para cuidadores/as, dejaron una huella en los sujetos con los cuales intervenimos, y en los profesionales de los servicios de Trabajo Social y Nefrología. Esta huella hizo notoria una problemática vivida a diario, pero no cuestionada por lo que no se establecían procedimientos específicos para abordarla.

Los hechos acontecidos en los sujetos inmersos en la problemática es decir aquellos que tienen Insuficiencia Renal Crónica y están en lista de espera para Trasplante Renal como sus familias-UD y sus cuidadores, nos permitieron pensar que mediante la dilucidación de la ley para personas trasplantadas como la de reconocerse como cuidadores/as, logramos inquietar y movilizar una situación que era vivida como natural.

Un tema abierto y que proponemos pensar es en una función sobre la que fuimos reflexionando conjuntamente con los docentes y profesionales de la División de Trabajo Social, si la logística en términos actuales es entendida como el proceso que garantiza las actividades de diseño y dirección de flujo material, informativo y financiero, desde sus fuentes de origen hasta sus destinos finales.

Estas actividades deben ejecutarse de forma racional y coordinada con el objetivo de proveer los productos y servicios en la cantidad, calidad, plazos y lugar demandados, con eficacia. ¿Podría entenderse la multiplicidad de acciones de coordinación que se realizaron en el marco de la intervención relatada como la función logística del TS? ¿Podrían entenderse la multiplicidad de acciones diseñadas y coordinadas que se realizan para brindar un servicio más cercano a los sujetos como logística del TS?

Conclusiones

Desde nuestro proceso de intervención podemos señalar que el Hospital Córdoba al ser un Centro formador de estudiantes y profesionales con cierta experiencia, nos permitió una inserción rápida en el campo. Sus profesionales nos brindaron tiempo para aclarar dudas, realizar nuevas preguntas, y encaminar nuestra estrategia marcando las posibilidades, límites, y la viabilidad de nuestras propuestas.

La temática de cuidadores/as desde un comienzo nos interpeló, aunque sin conocer en profundidad sobre la problemática observamos que recurrían a la División de Trabajo Social los sujetos con alguna demanda particular y sus cuidadores/as, en mayor medida mujeres.

Esto nos permitió iniciar un proceso de búsqueda e indagación sobre esta problemática, la cual se encuentra naturalizada. A partir de allí y luego del recorrido teórico expuesto en las primeras páginas del trabajo es que delimitamos la problemática como la Feminización de los cuidados.

Entendemos que la política familiarizadora en la actualidad se visibiliza en las obligaciones y responsabilidad que se imponen más precisamente en las mujeres quienes llevan la responsabilidad del trabajo doméstico y del cuidado de las personas vulnerables del grupo.

El miembro del grupo familiar UD que asume que asume este rol es siempre mujer (esposas, madres, hijas, nietas), muchas veces enfrenta grandes dificultades para llevar a cabo esta tarea, como cuestiones organizacionales, económicas, y sociales. Dejan de lado sus proyectos personales, laborales o de otra índole, asumiendo por tiempo completo el compromiso del cuidado familiar con Insuficiencia Renal Crónica en lista de espera para trasplante, como se analiza en este escrito.

De la atenta escucha de los sujetos y sus cuidadores consideramos importante generar estrategias para empoderar a los sujetos ampliando el capital social por medio de la conformación de un grupo de apoyo como espacio de encuentro, contención y construcción de estrategias de reproducción social entre quienes viven a diario esta situación. Las cuidadoras asistentes manifestaron el deseo de continuidad, por lo que esta línea de acción puede ser un camino a seguir siendo recorrido.

Además, consideramos que el dispositivo implementado conjuntamente con la jefa de la División de Trabajo Social para gestionar las credenciales que la Ley 26.928

otorga, y la difusión de folletería con información pertinente, se constituyen en mecanismos que posibilitan por un lado la relajación de las actividades que realizan diariamente las cuidadoras y la información de los servicios que se desarrollan en la División de Trabajo Social.

Somos firmes en que la coordinación de esta línea valora la capacidad de los trabajadores sociales como servidores de una institución pública y a los sujetos como ciudadanos con derecho al acceso a la salud que comprende su accesibilidad, calidad y disponibilidad. Es así que nos replanteamos en todo nuestro proceso, la forma de nombrar a los sujetos que acceden ante una necesidad a una institución de salud, no como pacientes, ni usuarios sino como sujetos adultos.

En este marco, afirmamos la necesidad de replantearnos como futuras Trabajadoras Sociales la forma de nombrar a los sujetos ya que incide en la forma de intervención.

Si bien, el ámbito de trabajo se desarrolla bajo el modelo médico hegemónico en donde ya están instituidas prácticas, lenguajes, códigos, no debemos perder la dimensión ética que nos formó a lo largo de la carrera y el compromiso que asumimos con los derechos humanos. No es una tarea fácil pero tampoco imposible.

Por ello es que dedicamos una sección de este trabajo a demostrar que las representaciones sociales que algunos profesionales de la salud tienen con respecto a los sujetos que acceden al tratamiento de Hemodiálisis (pasivos, demandantes⁴) se constituyen en prejuicios que orientan la calidad de los servicios que se ofrecen.

Por lo tanto, construir el estado del arte sobre el trabajo que llevan a cabo las mujeres cuidadoras nos lleva a afirmar que para generar cambios hay que reconocer la problemática. Mientras se siga oprimiendo esta necesidad no van a existir respuestas en materia de políticas públicas.

⁴ Palabras de profesionales registradas en el cuaderno de campo.

Referencias Bibliográficas

- Acevedo, P., y Aquín, N. (2012). Acerca de los sujetos de la intervención profesional. Córdoba, Argentina: Mimeo de Cátedra Teoría Espacios y Estrategias de Intervención II (Comunitario).
- Acevedo, P., Andrada, S., y López, E. (2011). La implicancia de la concepción de sujetos en la investigación y la intervención con jóvenes. En A. Villa, J. Infantino y G. Castro (comps), *Culturas juveniles. Disputas entre representaciones hegemónicas y prácticas*. Córdoba, Argentina: Noveduc.
- Acuña, C., y Chudnovsky, M. (2002). *El Sistema de Salud en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de San Andrés, Documento 60.
- Ander-Egg, E. (1995). La observación. En E. Ander- Egg (Ed). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Humanitas
- Aquín, N. (Febrero1995). Acerca del objeto del Trabajo Social. *Acto Social* .Volumen (10), p23.
- Aquín, N. (1996). La relación sujeto-objeto en Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. Buenos Aires, Argentina: San José. Costa Rica. Recuperado en Diciembre 2016. <http://www.ts.ucr.ac.cr/>.
- Aquín, N. (2009). *Objetivos y funciones del Trabajo Social Comunitario*. Córdoba, Argentina: Mimeo de Cátedra.
- Alirio Leal, M. (2015) *Organización y logística de eventos y actividades BTL*. Prezi Inc. Recuperado de <https://prezi.com/7xtbsa7lulpu/organizacion-y-logistica-de-eventos-y-actividades-btl/>
- Arriagada, I. (2009). Gestión de las políticas sociales desde el enfoque del capital social. En M. Chiara y M. Di Virgilio (Ed.), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas* (pp.215- 241).Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.
- Ase, I., y Buriyovich, J. (2003). *Las políticas de Salud en Córdoba: ¿Una oportunidad para el fortalecimiento del paradigma asociativo?* Buenos Aires. Argentina: Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Estado y Administración.

- Augé, M. (1992). Los no lugares espacios del anonimato. Una antropología de la sobre modernidad. Barcelona, España: Gedisa.
- Badano, M., y Díaz, R. (2001). Análisis de las entrevistas. Frases Significativas. Entre Ríos, Argentina: Universidad de Entre Ríos. Mimeo de Cátedra.
- Belmartino, S., y Bloch, C. (Agosto 1980). La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. Cuadernos Médicos Sociales. Volumen (14) p.5-25.
- Bourdieu, P. (1987). Sociología Contemporánea. Sin Datos: design by grafimher. Recuperado en Enero 2017. <http://sociologiac.net/>
- Canevari Bledel, C. (2011). Cuerpos enajenados. Santiago del Estero, Argentina: Barco Edita.
- Carballeda, A. (Invierno de 1999). Algunas consideraciones sobre el registro dentro del campo del trabajo social. Revista Margen. Volumen (14), p.25.
- Carbonetti, A. (2005). La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba, 1880-1926. DYNAMIS Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus Volumen (25) p. 87-116.
- Carrasco Bengoa, C (2004). El cuidado: ¿Coste o prioridad social? En A, Rincón, (Ed.), Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. España: Emakunde /Instituto Vasco de la mujer.
- Cetrángolo, O. (2011). Trayectoria de largo plazo. En Cetrángolo, O (Ed.), Aportes para el desarrollo humano en argentina. Buenos Aires, Argentina: Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Cocha F., Gattino S., Silva P., Tozanzo E., y Valdez B. (2015). Reflexiones en torno a la Orientación Familiar y la Intervención en crisis. Mimeo de cátedra Teoría, espacios y estrategias de intervención III (Familia) A. Facultad de ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2016). Recuperado en octubre de 2016. www.cepal.org/es
- Clemente, A. (2004). Cuestión Social y quehacer profesional en Trabajo Social. UBA Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires, Argentina: Copyright. Recuperado Junio 2016. www.catedras.fsoc.uba.ar

Congreso Argentino (2 de Noviembre de 2015). Ley de Protección Integral para personas Trasplantadas [Ley 26928 de 2015]. Recuperado Julio 2016. DO: www.incucai.gov.ar

Congreso Argentino (10 de Julio de 1983). Ley Nacional de Diálisis [Ley 22853 de 1983]. Recuperado en Julio 2016. DO: www.renal.org.ar

Congreso Argentino (24 de marzo de 1993). Ley de Trasplante de órganos y tejidos [Ley 24193 de 1993]. Recuperado en Julio 2016. DO: www.incucai.gov.ar

Crosetto, R. (1998). Particularidades de una práctica profesional específica. Córdoba, Argentina: Mimeo de Cátedra.

Custo, E. (2009). Teorías, espacios y estrategias de intervención grupal. Córdoba: Espartaco Córdoba.

Danani, C. (2009). La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización. En Chiara M & Di Virgilio M. (Ed) Gestión de la política social. Conceptos y herramientas. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Del Valle Murga, T. (2004). Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado. En A, Rincón, (Ed.), Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. España: Emakunde /Instituto Vasco de la mujer.

Esping Andersen, G. (2000). Fundamentos Sociales de las economías postindustriales. España: Ariel.

Esteban Galarza, M (2004). Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. En A, Rincón, (Ed.), Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. España: Emakunde /Instituto Vasco de la mujer.

Ferrandini, D. (2010). Salud: opciones y paradigmas. Argentina: Editorial Mimeo.

Ferrandini, D. (2011). Heroínas. Argentina: BlogNosotras. Recuperado en Agosto 2016. www.heroinas.net

Fraser, N. (Marzo de 1993). La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. Debate Feminista. Volumen (3), p.3-39.

Fuentes, P. (2001). Universidad de Costa Rica. Buenos Aires, Argentina: San José. Costa Rica. Recuperado en Diciembre 2016. <http://www.ts.ucr.ac.cr/>

- García, D. (2008). *El trabajo con grupos. Aportes teóricos e instrumentales*. Buenos Aires, Argentina: Espacio editorial.
- Garrido Luque, A. (2004). *La distribución del trabajo generado por el cuidado de otras personas*. En A, Rincón, (Ed.), *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. España: Emakunde /Instituto Vasco de la mujer.
- González, C. (1999). *Necesidades y satisfactores en el análisis del espacio social familiar*. SECyT.UNC (N° 5), p 1-61.
- González C. y Nucci N. (2002). *El Diagnóstico Social y el Abordaje Familiar*. Argentina, Córdoba: Mimeo de cátedra.
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Norma.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Guiddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Gutierrez, A. (2007). *Pobre, como siempre... Estrategias de reproducción social en la pobreza. Un estudio de caso*. Córdoba, Argentina: Ferreyra Editor.
- Hernández Sampieri., R Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Selección de la muestra*. En R. Hernández Sampieri. (Ed.), *Metodología de la investigación* (p 207-237) Buenos Aires, Argentina: Mc Graw Hill.
- Heller, A. (1978). *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona, España: Editorial Península.
- Hospital Córdoba: IMAC (Sin Fecha). *Teximco*. Córdoba, Argentina: Persuasiva. Recuperado enero 2016. www.teximco.com.ar
- Iamamoto, M. (2003). *El Servicio Social en la Contemporaneidad*. San Pablo: Cortez Editora.
- Ibarretxe Markuartu, J. y Arteaga Ansa, T. (2004). *Inauguración*. En A, Rincón, (Ed.), *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. España: Emakunde /Instituto Vasco de la mujer.
- Izquierdo Benito, M. (2004). *Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado*. En A, Rincón, (Ed.),

- Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. España: Emakunde /Instituto Vasco de la mujer.
- Jelin, E. (1998). Pan y afectos. La transformación de las familias. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Kaminsky, G. (1990). Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Katz, A., y Bender, E. (1976). Universidad de Cantabria. España: Powered by Edu Commons. Recuperado en Agosto 2016.
- Libro de los 50 (cincuenta) años de vida del Hospital Córdoba (2001). Córdoba, Argentina: Cooperadora del Hospital Córdoba. Gráfica Lumen.
- Lapassade, G. (1999). El analizador y el analista. Colección hombre y sociedad. Barcelona, España: Gedisa.
- Manual de inducción (2011). Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. Córdoba, Argentina: Subsecretaria de asuntos institucionales.
- Méndez Diz, A. (2012). Las enfermedades crónicas. Un nuevo paradigma de abordaje desde lo médico y lo social. En Domínguez Mon, A. (Ed.), Agencia y cuidado en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles. Documentos de trabajo N° 60 (pp.36-51). Buenos Aires, Argentina: Centros de documentación e información IIGG.
- Ministerio de Salud, E.Co.D.A.I.C (Sin fecha). Gobierno de la Provincia de Córdoba. Córdoba, Argentina: Coded by EON. Recuperado Julio 2016. www.cba.gov.ar
- Montaño, S (2007). El sueño de las mujeres: democracia en la familia. En I, Arriagada, (Ed.), Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros. Chile: CEPAL.
- Murillo de la Vega, S. (2004). Cara y cruz del cuidado que donan las mujeres. En A, Rincón, (Ed.), Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. España: Emakunde /Instituto Vasco de la mujer.
- Murillo, S. (2008). Producción de pobreza y construcción de subjetividad. En Cimadamore, A. y Cattani, A. (coord), Producción de pobreza y desigualdad en América Latina (pp. 41-77), Colección CLACSO-CROP. Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre Editores.

- Nucci, N. (2014). Introducción a la intervención en Trabajo Social con familias. Córdoba, Argentina: Ficha de Cátedra.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Recuperado Septiembre 2016. www.who.int
- Osorio Carranza, R. (2008). Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales. España: Donostia, Ankulegi Antropología Elkartea.
- Pichardo Muñiz, A. (1997). Evaluación del impacto social. El valor de lo humano ante la crisis y el ajuste. Buenos Aires, Argentina: Lumen Humanitas.
- Pineault, R., y Daveluy, C. (1995). La planificación para la salud: enfoques, perspectivas y proceso general. La planificación sanitaria. España: Masson.
- Repetto, F. (2009). El marco institucional de las Políticas Sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social. En Chiara, M & Virgilio, M(Ed), Gestión de la Política Social (141-165). Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.
- Rodríguez, M. (29 de enero 2013). Las políticas hospitalarias peronistas: el caso de la provincia de Córdoba, Argentina (1946-1955). *Historiología*. Volumen (5), p. 283-31.
- Rojas, M. y Estrella, P. (2012). ¿Qué son las enfermedades crónicas? En Domínguez Mon, A. (Ed.), *Agencia y cuidado en personas que viven con enfermedades crónicas no transmisibles*. Documentos de trabajo N° 60 (pp.18-35). Buenos Aires, Argentina: Centros de documentación e información IIGG.
- Saraví, G. (2014). Segregación urbana y espacio público: los jóvenes en enclaves de pobreza estructural. *Revista de la Cepal*. (83), p. 33-48.
- Schlemenson, A. (1998). Análisis organizacional y empresa unipersonal. Crisis y conflictos en contextos turbulentos. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Seguier, M. (1976). Crítica institucional y creatividad colectiva. Una introducción a la autoevaluación. México: Instituto para el Desarrollo de los Pueblos.
- Sirven, M. (1999). Cultura popular y participación social. Una investigación en el barrio de Mataderos. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.
- Spinelli, H., Urquía, M., Bargalló M. y Alazraqui, M. (2002). *Equidad en salud: teoría y praxis*. Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Spinelli, H. (2004). *Salud Colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.

Spinelli, H. (Diciembre de 2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva* volumen (6) p. 275-293.

Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. Dimensiones para el análisis del sector salud. *Medicina y Sociedad*. Volumen (23), p 1-25.

Tobar, F. (Diciembre de 2002) Como construir una política de Estado en salud. *Revista Médicos*. Volumen (23), p 34-39.

ANEXO

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES Y TRABAJADORES DE LA SALUD

EP: Entrevista a Profesional

Entrevista	Genero	Profesión	Fecha	Código
EP1	Masculino	Enfermero	8/06/2016	EP123
EP2	Femenino	Trabajadora Social	14/04/2016	EP123
EP3	Femenino	Médica	16/06/2016	EP123

ENTREVISTAS Y REGISTROS DE LOS SUJETOS

ESC: Entrevista a Sujeto Cuidador/a

ESD: Entrevista a Sujeto Dializado

RSD: Registro Sujeto Dializado

RSDA: Registro Sujeto Dializado Anónimo

Entrevista	Género	Parentesco	Edad	Escolaridad	Fecha de la entrevista	Código
ESC 1	Femenino	Esposa	39	Secundario Incompleto	14/10/2016	1410ESC1
ESC 2	Femenino	Hija	37	Secundario Completo	15/10/2016	1510ESC2
ESC 3	Femenino	Esposa	61	Secundario Incompleto	3/11/2016	311ESC3
ESC 4	Femenino	Amiga	47	Primario Completo	4/11/2016	411ESC4
ESC 5	Femenino	Esposa	S/D	S/D	5/12/2016	512ESC5
ESC 6	Femenino	Hija	S/D	S/D	5/12/2016	512ESC6
ESC 7	Femenino	Esposa	S/D	S/D	5/12/2016	512ESC7
ESC 8	Femenino	Hermana	S/D	S/D	5/12/2016	512ESC8
ESD 1	Masculino	Sujeto Cuidado	30	Secundario Incompleto	14/10/2016	1410ESD1
ESD 2	Masculino	Sujeto Cuidado	62	Secundario Incompleto	3/11/2016	311ESD2
RSD 1	Masculino	Sujeto Cuidado	S/D	S/D	9/11/2016	911RSD1
RSD 2	Masculino	Sujeto Cuidado	S/D	S/D	9/11/2016	911RSD2
RSD 3	Masculino	Sujeto Cuidado	S/D	S/D	9/11/2016	911RSD3
RSDA 1	S/D	Sujeto Cuidado	S/D	S/D	9/11/2016	911RSDA1
RSDA 2	S/D	Sujeto Cuidado	S/D	S/D	10/11/2016	1011RSDA2
RSDA 3	S/D	Sujeto Cuidado	S/D	S/D	10/11/2016	1011RSDA3
RSDA 4	S/D	Sujeto Cuidado	S/D	S/D	10/11/2016	1011RSDA4